

## **LAPORAN TUGAS AKHIR**

**ASUHAN KEBIDANAN PADA PRIMIGRAVIDA DENGAN KETUBAN  
PECAH DINI DAN PROLAPS TALI PUSAT DI RUANGAN SASANDO  
RSUD Prof. Dr. W. Z. JOHANNES KUPANG  
TANGGAL 22-26 APRIL 2016**



**OLEH :**

**YOSEVINA MOI ROGA**  
**NIM: 132111095**

**PROGAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
CITRA HUSADA MANDIRI  
KUPANG  
2016**

## **LAPORAN TUGAS AKHIR**

**ASUHAN KEBIDANAN PADA PRIMIGRAVIDA DENGAN KETUBAN  
PECAH DINI DAN PROLAPS TALI PUSAT DI RUANGAN SASANDO  
RSUD Prof. Dr. W. Z. JOHANNES KUPANG  
TANGGAL 22-26 APRIL 2016**

**Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan  
Memperoleh Gelar Ahli Madya Kebidanan (Amd.Keb)**



**OLEH :**

**YOSEVINA MOI ROGA**  
**NIM: 132111095**

**PROGAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
CITRA HUSADA MANDIRI  
KUPANG  
2016**

## **SURAT PERNYATAAN**

Saya menyatakan bahwa laporan tugas akhir dengan judul “**ASUHAN KEBIDANAN PADA PRIMIGRAVIDA DENGAN KETUBAN PECAH DINI DAN PROLAPS TALI PUSAT DI RUANGAN SASANDO RSUD Prof. Dr. W. Z. JOHANNES KUPANG**” ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun.

Kupang, Desember 2016  
Yang menyatakan

Yosevina Moi Roga  
132111095

## LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan tugas akhir ini telah di setujui

Pada tanggal :

### Menyetujui

Pembimbing I



Maria C.F. Djeky SST, M.Kes

Pembimbing II



Endah Dwi Pratiwi, SST

### Mengetahui

Ketua  
STIKes CHM-Kupang



drg. Jeffrey Jap, M.Kes

Ketua  
Prodi DIII Kebidanan



Ummu Zakiah, SST, M.Keb

## LEMBAR PENGESAHAN TIM PENGUJI

Laporan tugas akhir ini dengan judul **“ASUHAN KEBIDANAN PADA PRIMIGRAVIDA DENGAN KETUBAN PECAH DINI DAN PROLAPS TALI PUSAT DI RUANGAN SASANDO RSUD Prof. Dr. W. Z. JOHANNES KUPANG”** Tanggal 22 April S/D 26 April 2016 telah disetujui dan diajukan dalam seminar Karya Tulis Ilmiah, Mahasiswa atas nama : Yosevina Moi Roga Nim 13.21.11095 Program Studi D III Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang. Benar-benar diuji dan dipertahankan di depan tim penguji ujian Karya Tulis Ilmiah pada tanggal.....2016

Tim Penguji

Ketua : **Ummu Zakiah, SST, M.Keb**

Anggota: **Maria C.F.Djegy SST, M.Kes**

**Endah Dwi Pratiwi, SST**



Mengetahui,

Ketua

**STIKes CHM-Kupang**



**drg.Jeffrey Jap, M.Kes**

Ketua

**Prodi D III Kebidanan**



**Ummu Zakiah, SST. M.Keb**

## **BIODATA PENULIS**

Nama : Yosevina Moi Roga

Tempat dan tanggal lahir : Piga, 22 September 1995

Agama : Katolik

Alamat : Jl. Manafe No. 17 Kayu putih Oebufu Kupang

Riwayat Pendidikan :

1. SDK Piga– Ngada (2001 - 2007 )
2. SMPK Kartini Mataloko- Ngada ( 2007 - 2010)
3. SMAN 1 Bajawa - Ngada (2010-2013)
4. Sedang menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan di Stikes  
Citra Husada Mandiri Kupang (2013 – Sekarang)

## MOTTO DAN PERSEMBAHAN

### MOTTO

Karena Masa Depan Sungguh Ada,  
Dan Harapanmu Tidak Akan Hilang .

Amsal, 23:18.

### PERSEMBAHAN

Karya tulis ilmiah saya persembahkan  
untuk Tuhan Yesus Dan Bunda Maria,  
Kedua orangtua tercinta, saudara dan saudariku tersayang,  
sahabat-sahabtku untuk semua pemberian dan pengorbanan  
yang tidak pernah terhenti

## **ABSTRAK**

**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan  
Citra Husada Mandiri Kupang  
Jurusan Kebidanan  
Kupang  
Studi Kasus, Desember 2016**

**Yosevina Moi Roga**

**NIM: 132111095**

**ASUHAN KEBIDANAN PADA PRIMIGRAVIDA DENGAN KETUBAN PECAH DINI DAN PROLAPS TALI PUSAT DIRUANGAN SASANDO RSUD Prof. DR. W. Z. YOHANNES KUPANG TANGGAL 22 S/D 26 APRIL 2016**

**Latar Belakang:** Kehamilan dapat berkembang menjadi masalah atau komplikasi setiap saat. Sekarang ini secara umum sudah diterima bahwa setiap kehamilan membawa resiko bagi ibu, WHO memperkirakan bahwa sekitar 15 % dari seluruh wanita yang hamil akan berkembang menjadi komplikasi yang berkaitan dengan kehamilannya, serta dapat mengancam jiwanya. Pada tahun 2015 jumlah persalinan KPD sebanyak 128 orang dan jumlah persalinan KPD yang di akhiri dengan SC sebanyak 50 orang atau 39,06 %. Salah satu upaya penanganan yang dilakukan yaitu deteksi dini, yang dapat dilakukan melalui pelayanan dan Asuhan Antenatal Care (ANC) yang berkualitas yang merupakan cara untuk memonitoring dan mendukung kesehatan ibu hamil normal dan mendeteksi ibu dengan kehamilan normal agar tidak menjadi abnormal serta mengurangi aktifitas atau istirahat pada akhir triwulan kedua atau ketiga .

**Tujuan:** Melakukan Asuhan Kebidanan pada Primigravida dengan Ketuban Pecah Dini dan Prolaps Tali Pusat di Ruang Sasando Prof. dr.W.Z. Johannes Kupang dengan pendekatan manajemen kebidanan menurut 7 langkah Varney.

**Metode :** Metode yang di gunakan dalam penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus yaitu menggambarkan Asuhan Kebidanan Pada Primigravida Dengan Ketuban Pecah Dini dan Prolaps Tali Pusat Di Ruang Sasando RSUD Prof. DR. W.Z. Johannes Kupang.

**Simpulan :** Asuhan kebidanan telah dilaksanakan sesuai dengan diagnosa dan masalah kebidanan telah teratasi dengan baik, pasien dirawat 4 hari di ruangan Sasando.

**Kata Kunci:** Primgravida, ketuban pecah dini, prolaps tali pusat.



## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmat-NYA sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis ilmiah ini dengan judul **“ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU PRIMIGRAVIDA DENGAN KETUBAN PECAH DINI DAN PROLAPS TALI PUSAT DI RUANGAN SASANDO RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG TANGGAL 22 S/D 26 APRIL 2016”** dapat diselesaikan tepat pada waktunya. Laporan tugas akhir ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan (Amd.Keb) di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Dalam penulisan studi kasus ini, penulis mendapat dukungan dari berbagai pihak, untuk itu dengan segala kerendahan hati penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada Ibu Maria C.F.Djegy, S.ST., M.Kes. selaku pembimbing I, dan Endah Dwi Pratiwi, SST, selaku pembimbing II yang telah bersedia membimbing dan mendampingi saya dalam melaksanakan dan menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.

Bersamai ini, perkenankanlah penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Ir. Abraham Paul Liyanto selaku Pembina Yayasan Citra Bina Insan Mandiri Kupang.
2. drg. Jeffrey Jap, M.Kes selaku Ketua STIKES Citra Husada Mandiri Kupang.

3. Ummu Zakiah, SST, M.Keb. selaku ketua Prodi DIII Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang dan sekaligus ketua tim penguji, yang telah mengizinkan dan menguji laporan tugas akhir ini.
4. Ny. I.T. dan keluarga atas kesediaan menjadi responden pengambilan laporan tugas akhir ini.
5. Para dosen Program Studi DIII Kebidanan yang telah banyak memberikan bimbingan kepada penulis dalam mengikuti pendidikan.
6. Kedua orangtua tercinta, Bapak Yoseph Roga Mitang dan Mama Benedikta Bebbe Bay, yang telah memberikan dukungan, motivasi dan moril serta doa selama penulis menyelesaikan laporan tugas akhir ini.
7. Tanta tercinta Maria Beo Mitang, kakak Eman, Anyel, Mersi, Pepi, Wempi dan keponakanku Milan, Rival, Dwiny, serta Derik tersayang yang telah memberikan dukungan, motivasi dan moril serta doa selama penulis menyelesaikan laporan laporan tugas akhir ini.
8. Sahabat-sahabat dan adik-adiku tersayang, Evra, Mersi, Ina, Ika, Elen, orys, In, Marty, Elen Boro, Priska, Kolin, helmy jun, abong, An chika, Yuli dan Sandri yang telah mendukung penulis dengan caranya masing-masing.

9. Teman-teman seperjuangan Prodi DIII Kebidanan angkatan VI kelas B dan berbagai pihak yang telah memberikan dukungan baik motivasi maupun moril kepada penulis dalam penyelesaian laporan tugas akhir ini.

10. Semua pihak yang terlibat secara moril maupun materil dalam penyelesaian studi kasus ini.

Semoga Tuhan membalas semua budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan dan dukungan dalam menyelesaikan laporan tugas akhir ini.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini jauh dari sempurna, tetapi penulis berharap bahwa karya tulis ilmiah ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan/kebidanan.

Kupang, Desember  
2016

Penulis

## DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Cover Luar .....	i
Halaman Cover Dalam.....	ii
Surat Pernyataan .....	iii
Lembar Persetujuan.....	iv
Lembar Pengesahan.....	v
Lembar Biodata Penulis .....	vi
Motto dan Persembahan.....	vii
Abstrak.....	viii
Kata Pengantar .....	ix
Daftar Isi .....	xii
Daftar Gambar .....	xvii
Daftar Singkatan .....	xviii
Daftar Lampiran .....	xxi

### BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
1.5 Sistematika Penulisan .....	6

### BAB II TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Kehamilan .....	8
----------------------------------	---

2.1.1	Filosofi Asuhan Kehamilan .....	8
2.1.2	Ruang Lingkup Asuhan Kehamilan .....	9
2.1.3	Standar Asuhan Kehamilan .....	11
2.1.4	Tujuan Asuhan Kehamilan.....	12
2.1.5	Tanda-tanda kehamilan .....	13
2.1.6	Pemeriksaan Kehamilan .....	20
2.1.7	Tanda- Tanda Dini Bahaya atau Komplikasi Ibu Dan Janin masa kehamilan .....	23
2.2	Teori Ketuban Pecah Dini .....	25
2.2.1	Pengertian .....	25
2.2.2	Etiologi.....	26
2.2.3	Tanda dan gejala .....	28
2.2.4	Diagnosis Kebidanan.....	29
2.2.5	Pemeriksaan Penunjang.....	31
2.2.6	Komplikasi .....	32
2.2.7	Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini .....	33
2.2.8	Pencegahan .....	38
2.3	Teori Prolaps Tali Pusat.....	38
2.3.1	Pengertian ProlapsTali Pusat .....	38
2.3.2	Etiologi ProlapsTali Pusat.....	39
2.3.3	Patofisiologi ProlapsTali Pusat .....	41
2.3.4	Diagnosis .....	42
2.3.5	Penanganan ProlapsTaliPusat .....	43

2.4 Konsep Dasar Seksio Sesarea .....	47
2.4.1 Pengertian .....	47
2.4.2 Jenis –Jenis Seksio Sesarea.....	47
2.4.3 Indikasi Seksio Saesarea .....	49
2.4.4 Komplikasi Seksio sesarea.....	51
2.4.5 Penatalaksanaan Pasien Pre –SC dan Post SC .....	52
2.5 Manajemen kebidanan.....	58
2.5.1 Pengertian Manajemen Kebidanan .....	58
2.5.2 Tujuan Manajemen Kebidanan.....	59
2.5.3 Prinsip Manajemen Kebidanan.....	59
2.5.4 Sasaran Manajemen Kebidanan .....	60
2.5.5 Langkah- Langkah Manajemen Kebidanan Menurut 7 langkah Varney .....	62
2.6 Konsep Asuhan Ketuban Pecah Dini Dan Prolaps Tali Pusat...	75

### **BAB III METODE PENELITIAN**

3.1 Desain Penelitian dan Rancangan Penelitian .....	89
3.1.1 Desain Penelitian.....	89
3.1.2 Rancangan Penelitian.....	89
3.2 Populasi Sampel dan Sampling .....	90
3.2.1 Populasi.....	90
3.2.2 Sampel .....	90
3.2.3 Sampling .....	91
3.2.4 Rancangan Penelitian.....	91

3.3 Kerangka Kerja .....	91
3.4 Pengumpulan Data dan Analisa Data .....	91
3.4.1 Pengumpulan Data .....	91
3.4.2 Proses Pengumpulan Data .....	92
3.4.3 Instrumen Pengumpulan Data .....	94
3.4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	94
3.4.5 Analisa Data .....	94
3.4.6 Etika Penelitian .....	95
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>97</b>
4.1. Gambar Lokasi Penelitian .....	97
4.2. Tinjauan Kasus .....	98
4.2.1 Pengkajian.....	98
4.2.2 Analisa Masalah Dan Diagnosa.....	101
4.2.3 Antisipasi Masalah Potensial .....	101
4.2.4 Tindakan Segera .....	102
4.2.5 Perencanaan .....	102
4.2.6 Pelaksanaan.....	104
4.2.7 Evaluasi.....	106
4.3. Pembahasan .....	109
4.3.1. Pengkajian.....	109
4.3.2. Analisa Masalah Dan Diagnosa.....	109
4.3.3. Mengidentifikasi Antisipasi Masalah Potensial .....	111
4.3.4. Identifikasi Kebutuhan akan Tindakan Segera .....	112

4.3.5. Perencanaan .....	113
4.3.6. Pelaksanaan.....	114
4.3.7. Evaluasi.....	115
<b>BAB V PENUTUP .....</b>	<b>117</b>
5.1 Kesimpulan .....	117
5.2 Saran .....	118
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	



## DAFTAR GAMBAR

No	Judul	Halaman
3.1	Kerangka Kerja .....	92

## DAFTAR SINGKATAN

A	: Abortus
AH	: Anak Hidup
ANC	: Antenatal Care
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
C	: Celcius
Cm	: Centimeter
D5	: Dectrosa 5 %
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DS	: Data Subyektif
DO	: Data Obyektif
G	: Gravida
G	: Gram
HB	: Hemoglobin
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
IRT	: Ibu Rumah Tangga
IV	: Intravena
KB	: Keluarga Berencana
KG	: Kilo Gram
KIE	: Komunikasi Edukasi
KPD	: Ketuban Pecah Dini
KPSW	: Ketuban Pecah Sebelum Waktunya

KU	: Keadaan Umum
Lila	: Lingkar Lengan Atas
MG	: Miligram
ML	: Mili Liter
N	: Nadi
NTT	: Nusa Tenggara Timur
Ny	: Nyonya.
P	: Partus
PAP	: Pintu Atas Panggul
PMS	: Penyakit Menular Seksual
PPV	: Pengeluaran Pervaginam
RL	: Ringer Laktat
RR	: Respirasi Rate
S	: Suhu
SC	: Seksio Sesarea
TBBJ	: Tafsiran Berat Badan Janin
TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TT	: Tetanus Toxoid
TP	: Tafsiran Partus.
TTV	: Tanda –Tanda Vital
UK	: Usia Kehamilan
USG	: Ultrasonografi
VT	: Vagina Touch
WHO	: World Health Organization

WITA : Waktu Indonesia Tengah

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 : Surat Pengantar Pengambilan Data dan Studi Kasus.....	121
Lampiran 2 : Surat Keterangan Selesai Studi Kasus .....	122
Lampiran 3 : Lembar Permintaan Menjadi Responden .....	123
Lampiran 4 : Lembar Persetujuan Menjadi Responden .....	124
Lampiran 5 : ASKEB .....	125
Lampiran 6 : Lembar Konsultasi .....	153

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1. Latar Belakang**

Kehamilan dapat berkembang menjadi masalah atau komplikasi setiap saat. Sekarang ini secara umum sudah diterima bahwa setiap kehamilan membawa resiko bagi ibu. World Health Organization (WHO) memperkirakan bahwa sekitar 15 % dari seluruh wanita yang hamil akan berkembang menjadi komplikasi yang berkaitan dengan kehamilannya, serta dapat mengancam jiwanya (Fadlun 2012).

Ketuban pecah dini merupakan masalah penting dalam obstetrik berkaitan dengan penyulit kelahiran prematur dan terjadinya infeksi khorioamnionitis sampai sepsis, yang meningkatkan mortalitas dan morbiditas perinatal, dan menyebabkan infeksi pada ibu (Prawirohardjo, 2007). Ketuban pecah dini (KPD) didefinisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan (Sujiyatini, dkk 2009). KPD merupakan komplikasi yang berhubungan dengan kehamilan kurang bulan, dan mempunyai kontribusi yang besar pada angka kematian perinatal pada bayi yang kurang bulan. Insidens ketuban pecah dini kurang bulan 2-4 % pada kehamilan tunggal dan 7-10 % pada kehamilan kembar). Prolaps tali pusat merupakan komplikasi yang jarang terjadi kurang dari 1 per 200

kelahiran, tetapi dapat mengakibatkan tingginya kematian janin. Prolaps tali pusat (atau Tali pusat menumbung, prolaps funikuli) mengacu kepada peristiwa turunnya tali pusat kedalam vagina. Prolaps tali pusat ini terjadi kapan saja. Prolaps tali pusat merupakan keadaan emergensi yang memerlukan tindakan segera untuk menyelamatkan janin, tali pusat dapat terkompresi diantara janin dan serviks atau pelvis ibu (Lockhart, 2014).

Berdasarkan data profil kesehatan Indonesia tahun 2014, cakupan penanganan komplikasi kebidanan secara nasional pada tahun 2014 sebesar 74,56%, dan penyebab langsung komplikasi maternal di Indonesia terkait kehamilan, persalinan, terutama yaitu perdarahan 30,3 %, hipertensi 27,1 %, infeksi 7,3 %, abortus 1,6 % dan lain - lain 40,8 % (Profil Kesehatan Indonesia 2014). Berdasarkan data di Nusa Tenggara Timur (NTT) tahun 2013, cakupan penanganan komplikasi kebidanan sebesar 52,12 % dan penyebab langsung komplikasi maternal adalah perdarahan 28%, eklamsia 24%, dan infeksi 11% (Profil Kesehatan NTT tahun 2013). Berdasarkan data RSUD Prof Dr.W.Z. Johannes Kupang pada tahun 2015 jumlah persalinan KPD sebanyak 128 orang dan jumlah persalinan KPD yang di akhiri dengan SC pada tahun sebanyak 50 orang atau 39,06 % (Rekam medik RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang).

Komplikasi ketuban pecah dini mengarah pada persalinan preterm, partus lama, perdarahan postpartum, infeksi intrapartal atau

dalam persalinan, infeksi puerperalis atau masa nifas. Hal ini tentunya akan meningkatkan resiko prematuritas dan komplikasi perinatal serta neonatal termasuk kematian janin (Krisnadi, dkk 2009). Komplikasi yang terjadi jika terjadi prolaps tali pusat seperti laserasi jalan lahir, ruptur uteri, atonia uteri akibat anesthesia sebagai akibat usaha untuk menyelamatkan janin (Prawirohardjo, 2009). Dan komplikasi lain seperti angka seksio sesarea meningkat (Dutton, 2002).

Beberapa pencegahan dapat dilakukan namun belum ada yang terbukti cukup efektif seperti mengurangi aktifitas, atau istirahat pada akhir triwulan kedua atau awal triwulan ketiga (Sujiyati, 2009). Deteksi dini pemeriksaan ANC sangat penting untuk mendeteksi secara dini komplikasi dan penyulit persalinan serta mendidik wanita dan keluarga tentang kehamilan dan nifas (Fadlun, 2011).

Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik ingin melakukan studi kasus dengan judul **"Asuhan Kebidanan Pada Primigravida Dengan Ketuban Pecah Dini Dan Prolaps Tali Pusat Di Ruang Sasando RSUD Prof. Dr W.Z. Johannes Kupang"**.

## **1.2. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang di atas maka rumusan permasalahan dalam studi kasus yaitu: "Bagaimana Asuhan Kebidanan pada Primigravida dengan Ketuban Pecah Dini dan Prolaps Tali Pusat di Ruang Sasando Prof. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG" dengan pendekatan manajemen asuhan kebidanan.



### **1.3. Tujuan**

#### **1.3.1. Tujuan Umum :**

Melakukan asuhan kebidanan dengan pendekatan manajemen kebidanan pada Primigravida dengan Ketuban Pecah Dini dan Prolaps Tali Pusat di Ruang Sasando RSUD Prof. DR. W.Z. Johannes Kupang

#### **1.3.2. Tujuan Khusus**

1. Melakukan pengkajian pada primigravida dengan ketuban pecah dini dan prolaps tali pusat.
2. Menginterpretasi data untuk menentukan diagnosa, masalah dan kebutuhan pada primigravida dengan ketuban pecah dini dan prolaps tali pusat.
3. Mengidentifikasi diagnosa dan masalah potensial pada primigravida dengan ketuban pecah dini dan prolaps tali pusat.
4. Mengidentifikasi kebutuhan akan tindakan segera atau kolaborasi pada primigravida dengan ketuban pecah dini dan prolaps tali pusat.
5. Merencanakan asuhan pada primigravida dengan ketuban pecah dini dan prolaps tali pusat.
6. Melaksanakan tindakan asuhan kebidanan pada primigravida dengan ketuban pecah dini dan prolaps tali pusat.

7. Mengevaluasi tindakan yang telah dilakukan pada primigravida dengan ketuban pecah dini dan prolaps tali pusat.
8. Menganalisis teori dan kasus pada primigravida dengan ketuban pecah dini dan prolaps tali pusat.

#### **1.4. Manfaat Penelitian**

##### **1.4.1. Secara Teori**

Hasil penulisan dapat digunakan untuk mengidentifikasi kasus Ketuban Pecah Dini dan Prolaps Tali Pusat.

##### **1.4.2. Secara Praktik**

###### **1. Bagi penulis**

Agar mampu mengaplikasikan ilmu pengetahuan dan pengalaman yang nyata pada asuhan kebidanan pada kasus primigravida dengan Ketuban Pecah Dini dengan prolaps tali pusat.

###### **2. Bagi institusi Pendidikan.**

Agar dapat dijadikan sebagai bahan referensi untuk memberikan pendidikan mata kuliah kegawatdaruratan maternal tentang asuhan kebidanan pada primigravida dengan Ketuban Pecah Dini dan prolaps tali pusat.

###### **3. Bagi Tempat Penelitian**

Agar dapat menjadi gambaran informasi sehingga dapat meningkatkan manajemen asuhan kebidanan pada kasus

primigravida dengan Ketuban Pecah Dini dengan prolaps tali pusat.

#### 4. Bagi Masyarakat

Dengan mengetahui kasus ini masyarakat lebih waspada dan akan meningkatkan kunjungan antenatal pada ibu hamil untuk mendeteksi komplikasi yang akan terjadi.

### **1.5. Sistematika Penulisan**

#### **BAB I PENDAHULUAN**

Dalam hal ini menguraikan tentang latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan penulisan studi kasus, manfaat penulisan studi kasus, dan sistematika penulisan studi kasus.

#### **BAB II TINJAUAN TEORI**

Tinjauan teori berisi tentang konsep dasar kehamilan, konsep Dasar Ketuban Pecah Dini, Konsep Dasar Prolaps Tali Pusat, Konsep Dasar Seksio Sesarea, Manajemen Kebidanan dan Konsep Asuhan Ketuban Pecah Dini Dan Prolaps Tali Pusat.

#### **BAB III METODOLOGI PENELITIAN**

Metodologi penelitian menguraikan desain penelitian, kerangka penelitian, lokasi penelitian, populasi dan sampel.

#### **BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN**

Berisi pada asuhan kebidanan pada ibu hamil di ruang sasando sesuai manajemen dari pengkajian sampai evaluasi. Sedangkan dalam pembahasan kasus, penulisan kasus

menjelaskan tentang masalah – masalah atau kesenjangan antara teori dari kasus yang penulis temukan di lapangan.

## BAB V PENUTUP

Dalam bab ini berisi tentang kesimpulan dan saran.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **2.1. Konsep Dasar Kehamilan**

##### **2.1.1. Filosofi Asuhan Kehamilan**

Filosofi kebidanan adalah falsafah atau keyakinan setiap bidan dalam memberikan asuhan kebidanan. Kita percaya bahwa wanita adalah seorang yang kuat dan cerdas, serta mampu membuat keputusan mereka sendiri tentang kesehatan mereka. Sedangkan tugas seorang bidan adalah membantu wanita menyelesaikan bermacam-macam tahap kehidupan (Hani, dkk 2010).

Kehamilan, kelahiran, dan menopause merupakan kejadian normal dalam kehidupan, walaupun hal tersebut adalah suatu hal yang normal, tetapi potensi terjadinya patologi pada wanita dan bayi tetap ada. Sebagai bidan pemberi pelayanan mengharapkan bahwa semua berjalan normal, untuk itu kepuasan dan keselamatan pasien dimaksimalkan. Wanita mempunyai kebenaran dalam pemberian, kenyamanan pelayanan kesehatan tanpa dasar pembatasan dalam gaya hidup, ras, agama, tingkat pendidikan, status sosial ekonomi, dan usia (Hani, dkk 2010).

### **2.1.2. Ruang Lingkup Asuhan Kehamilan**

Asuhan antenatal yang optimal hanya dapat dicapai bila layanan yang diberikan cukup fleksibel dan sesuai dengan kebutuhan ibu hamil. Keluarga dianjurkan untuk berpartisipasi secara penuh dalam pengambilan keputusan dan mendapatkan kepuasan emosional dari pengalaman melahirkan.

Dalam memberikan asuhan pada ibu hamil, bidan harus memberikan pelayanan secara komprehensif atau menyeluruh.

Adapun lingkup asuhan kebidanan pada ibu hamil:

1. Mengumpulkan data riwayat kesehatan dan kehamilan serta menganalisa setiap kunjungan pemeriksaan ibu hamil.
2. Melaksanakan pemeriksaan fisik secara sistematis dan lengkap.
3. Melakukan pemeriksaan abdomen termasuk tinggi fundus uteri posisi atau presentasi dan penurunan janin.
4. Melakukan penilaian pelvic, ukuran dan penurunan janin.
5. Menilai keadaan janin selama kehamilan termasuk denyut jantung janin dengan fetoskope atau pinar dan gerakan janin dengan palpasi.
6. Menghitung usia kehamilan dan hari perkiraan lahir.
7. Mengkaji status nutrisi dan hubungan dan pertumbuhan janin.

8. Mengkaji kenaikan berat badan ibu dan hubungan dengan komplikasi.
9. Memberikan penyuluhan tanda-tanda bahaya dan bagaimana menghubungi bidan.
10. Melakukan penatalaksanaan kehamilan dengan anemia ringan, hiperemesis gravidarum abortus dan preeklampsia ringan.
11. Menjelaskan dan mendemonstrasikan cara mengurangi ketidaknyamanan kehamilan.
12. Memberikan imunisasi.
13. Mengidentifikasi penyimpangan kehamilan normal dan penanganannya termasuk rujukan tepat pada: kurang gizi, pertumbuhan janin tidak adekuat, PEB dan hipertensi, perdarahan pervaginam, kehamilan ganda aterm, kematian janin, oedema dam signifikan, sakit kepala berat, gangguan pandangan, epigastrium karena hipertensi, ketuban pecah sebelum waktunya.
14. Memberikan bimbingan dan dukungan persiapan melahirkan dan menjadi orangtua.
15. Bimbingan dan penyuluhan tentang perilaku kesehatan selama hamil seperti nutrisi latihan keamanan, dan merokok.

16. Penggunaan jasa secara aman dan obat-obatan tradisional yang tersedia (Marmi, 2011).

### **2.1.3. Standar Asuhan Kehamilan**

Asuhan antenatal yang baik sangat penting untuk hasil kehamilan yang baik karena sebagian besar dari kematian ibu bisa dihindarkan melalui asuhan antenatal, intranatal, dan postnatal yang bermutu tinggi. Selama masa antenatal, pemberi asuhan kesehatan akan memperoleh kesempatan untuk menyentuh banyak hidup wanita dan barangkali bisa membantu mengubah tragedi kehilangan nyawa para ibu.

Masa antenatal mencakup waktu kehamilan mulai hari pertama haid yang terakhir (HPHT) atau Last Menstruation Period (LMP) sampai permulaan dari persalinan yang sebenarnya, yaitu 280 hari, 40 minggu, 9 bulan, 7 hari. Setiap wanita hamil menghadapi risiko komplikasi yang bisa mengancam jiwanya. Standar minimal asuhan kebidanan adalah sebagai berikut:

1. Timbang Berat Badan.
2. Ukur Tekanan Darah.
3. Ukur Tinggi Fundus Uteri (TFU).
4. Imunisasi TT (Tetanus Toxoid).
5. Pemberian Tablet Besi (minimum 90 tablet selama kehamilan).



6. Tes terhadap PMS (penyakit menular seksual).
7. Temu Wicara dalam rangka persiapan rujukan (Hani, dkk 2010).

#### **2.1.4. Tujuan Asuhan Kehamilan**

Tujuan asuhan kebidanan dalam kehamilan pada prinsipnya adalah memberikan layanan atau bantuan untuk meningkatkan kesehatan ibu hamil dalam rangka mewujudkan kesehatan keluarga. Kegiatan yang dilakukan di dalam pelayanan kebidanan dapat berupa upaya peningkatan, pencegahan, penyembuhan, dan pemulihan.

1. Tujuan utama asuhan antenatal adalah sebagai berikut:
  - a. Untuk memfasilitasi hasil yang sehat dan positif bagi ibu maupun bayinya dengan cara membina hubungan saling percaya dengan ibu.
  - b. Mendeteksi komplikasi-komplikasi yang dapat mengancam jiwa.
  - c. Mempersiapkan kelahiran.
  - d. Memberikan pendidikan.
2. Tujuan asuhan antenatal yang lain adalah sebagai berikut.
  - a. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
  - b. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu juga bayi.

- c. Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
- d. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
- e. Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.
- f. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

Asuhan antenatal penting untuk menjamin agar proses alamiah tetap berjalan normal selama kehamilan. Kehamilan dapat berkembang menjadi masalah atau komplikasi setiap saat. Sekarang ini secara umum sudah diterima bahwa setiap kehamilan membawa resiko bagi ibu. WHO memperkirakan sekitar 15% dari seluruh wanita hamil akan berkembang menjadi komplikasi yang berkaitan dengan kehamilannya serta dapat mengancam jiwanya. Dari 5.600.000 wanita hamil di Indonesia, sejumlah besar akan mengalami suatu komplikasi atau masalah yang bisa menjadi fatal (Hani, dkk 2010).

#### **2.1.5. Tanda-tanda Kehamilan**

Tanda-tanda kehamilan adalah perubahan fisiologis yang terjadi pada wanita hamil menyebabkan timbulnya perubahan -

perubahan yang menjadi tanda-tanda kehamilan. Tanda-tanda kehamilan tersebut antara lain tanda tidak pasti (*presumptive sign*), tanda kemungkinan (*probability sign*) dan tanda pasti (*positive sign*) (Hani, dkk 2010).

1. Tanda tidak pasti (*presumptive sign*)

Tanda tidak pasti adalah perubahan-perubahan fisiologis yang dapat dikenali dari pengakuan atau yang di rasakan dari wanita hamil.

Tanda-tanda tidak pasti ini terdiri dari hal-hal sebagai berikut:

a. Amenore (berhentinya menstruasi)

Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan folikel de Graaf dan ovulasi sehingga menstruasi tidak terjadi. Lamanya amenore dapat dikonfirmasi dengan memastikan hari pertama haid terakhir (HPHT), dan untuk memperkirakan usia kehamilan dan taksiran persalinan. Tetapi amenore juga dapat disebabkan oleh penyakit kronik tertentu, tumor pituitari dan faktor lingkungan, malnutrisi dan biasanya gangguan emosional seperti ketakutan akan kehamilan.

b. Mual (nausea) dan muntah (emesis)

Pengaruh estrogen dan progesteron terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan dan menimbulkan mual muntah yang terjadi terutama pada pagi

hari yang disebut *morning sickness*. Dalam batas tertentu hal ini masih fisiologis, tetapi bila terlampaui sering dapat menyebabkan gangguan kesehatan yang disebut *hiperemesis gravidarum*.

c. Ngidam (sering mengingini makanan tertentu)

Wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian di sebut ngidam. Ngidam sering terjadi pada bulan pertama kehamilan dan akan menghilang dengan makin tuanya kehamilan.

d. Syncope (pingsan)

Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan syncope atau pingsan. Hal ini sering terjadi terutama jika berada pada tempat yang ramai, biasanya akan hilang setelah 16 minggu.

e. Kelelahan

Sering terjadi pada trimester pertama, akibat dari penurunan kecepatan basal metabolisme pada kehamilan, yang akan meningkat seiring pertambahan usia kehamilan akibat aktivitas metabolisme hasil konsepsi.

f. Payudara tegang

Estrogen meningkatkan perkembangan duktus pada payudara, sedangkan progesteron menstimulasi

perkembangan sistem alveolar payudara. Bersama somatomamotropin, hormon-hormon ini menimbulkan perasaan tegang dan nyeri selama dua bulan pertama kehamilan, pelebaran puting susu serta pengeluaran colostrum.

g. Sering miksi

Desakan rahim kedepan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi. Frekuensi miksi yang terjadi pada triwulan pertama akibat desakan uterus terhadap kandung kemih. Pada triwulan kedua biasanya keluhan ini akan berkurang karena uterus membesar keluar dari rongga panggul.

h. Konstipasi atau obstipasi

Pengaruh progesteron dapat menghambat peristaltik usus (tonus otot menurun) sehingga kesulitan BAB.

i. Pigmentasi kulit

Pigmentasi terjadi pada usia kehamilan lebih dari 12 minggu. Terjadi akibat pengaruh hormon kortikosteroid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit. Pigmentasi ini meliputi tempat-tempat berikut ini:

- 1) Sekitar pipi, cloasma gravidarum (penghitaman pada daerah dahi, hidung, pipi dan leher).
- 2) Sekitar leher: tampak lebih hitam.

- 3) Dinding perut: striae lividae/gravidarum (terdapat pada seorang primigravida, warnanya membiru), striae nigra, linea alba menjadi lebih hitam (linea grisea/nigra).
- 4) Sekitar payudara: hiperpigmentasi areola mammae sehingga terbentuk areola sekunder. Pigmentasi areola ini berbeda pada tiap wanita, ada yang merah muda pada wanita kulit putih, coklat tua pada wanita kulit coklat, dan hitam pada wanita kulit hitam. Selain itu, kelenjar montgomeri menonjol dan pembuluh darah menifes sekitar payudara.
- 5) Sekitar pantat dan paha atas: terdapat striae akibat pembesaran bagian tersebut.

j. Epulis

Hipertropi papilla gingivae/gusi, sering terjadi pada triwulan pertama.

k. Varices atau penampakan pembuluh darah vena

Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pelebaran pembuluh darah terutama bagi wanita yang mempunyai bakat. Varises dapat terjadi disekitar genitalia eksterna, kaki dan betis, serta payudara. Penampakan pembuluh darah ini dapat hilang setelah persalinan.

## 2. Tanda kemungkinan probability sign.

Tanda kemungkinan adalah perubahan-perubahan fisiologis yang dapat diketahui oleh pemeriksa dengan melakukan pemeriksaan fisik kepada wanita hamil. Tanda kemungkinan ini terdiri atas hal-hal berikut ini:

### a. Pembesaran perut

Terjadi akibat pembesaran uterus. Hal ini terjadi pada bulan ke empat persalinan.

### b. Tanda hegar

Tanda hegar adalah pelunakan dan dapat ditekannya isthmus uteri.

### c. Tanda Goodel

Adalah pelunakan serviks. Pada wanita yang tidak hamil serviks seperti ujung hidung, sedangkan pada wanita hamil melunak seperti bibir.

### d. Tanda chadwicks

Perubahan warna menjadi keunguan pada vulva dan mukosa vagina termasuk juga porsio dan serviks.

### e. Tanda piscaseck

Merupakan pembesaran uterus yang tidak simetris. Terjadi karena ovum berimplantasi pada daerah dekat dengan kornu sehingga daerah tersebut berkembang lebih dulu.

f. Kontraksi Braxton Hicks

Merupakan peregangan sel-sel otot uterus, akibat meningkatnya actomysin di dalam otot uterus. Kontraksi ini tidak beritmik, sporadis, tidak nyeri, biasanya timbul pada kehamilan delapan minggu, tetapi baru dapat di amati dari pemeriksaan abdominal pada trimester ketiga. Kontraksi ini akan terus meningkat frekuensinya, lamanya, dan kekuatannya sampai mendekati persalinan.

g. Teraba Ballotement

Ketukan yang mendadak pada uterus menyebabkan janin bergerak dalam cairan ketuban yang dapat di rasakan oleh tangan pemeriksa. Hal ini harus ada pada pemeriksaan kehamilan karena perabaan bagian bentuk janin saja tidak cukup karena dapat saja merupakan myoma uteri.

h. Pemeriksaan tes biologis kehamilan (planotest) positif

Pemeriksaan ini adalah untuk mendeteksi adanya Human Chorionic Gonadotropin (HCG) yang di produksi oleh sinsiotropoblastik sel selama kehamilan.

3. Tanda Pasti (Positive Sign)

Tanda pasti adalah tanda yang menunjukkan langsung keberadaan janin, yang dapat di lihat langsung oleh pemeriksa.



Tanda pasti kehamilan terdiri atas hal-hal berikut ini:

a. Gerakan janin dalam rahim

Gerakan janin ini harus dapat di raba dengan jelas oleh pemeriksa. Gerakan janin baru dapat di rasakan pada usia kehamilan sekitar 20 minggu

b. Denyut jantung janin

Dapat di dengar pada usia 12 minggu dengan menggunakan alat fetal electrocardiograf (misalnya dopler). Dengan stetoskope Leanec, DJJ baru dapat didengar pada usia kehamilan 18-20 minggu.

c. Bagian-bagian janin

Bagian-bagian janin yaitu bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian kecil janin (lengan dan kaki) dapat diraba dengan jelas pada usia kehamilan lebih tua (trimester terakhir). Bagian janin ini dapat di lihat lebih sempurna lagi menggunakan USG.

d. Kerangka janin

Kerangka janin dapat dilihat dengan foto rontgen maupun USG. (Hani, dkk 2010).

#### **2.1.6. Pemeriksaan Kehamilan**

Pemeriksaan kehamilan adalah pemeriksaan yang dilakukan untuk memastikan seorang wanita sedan hamil atau tidak, bukan pemeriksaan yang dilakukan pada seorang wanita ketika ia sudah

diketahui hamil. Pemeriksaan ini terdiri atas anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan panggul dan pemeriksaan laboratorium (Hani, dkk 2010).

#### 1. Anamnese

Dengan anamnesis dapat diketahui tanda-tanda berikut ini:

- a. Terhentinya menstruasi (amenore).
- b. Mual muntah.
- c. Pembesaran payudara dan pelebaran puting susu.
- d. Peningkatan frekuensi berkemih.
- e. Kelelahan.
- f. Perubahan warna pada payudara seperti menghitamnya puting serta aerola primer dan sekunder.
- g. Peningkatan suhu basal tubuh tanpa adanya infeksi
- h. Pengeluaran colostrum dari puting susu.
- i. Salivasi berlebihan.
- j. Tanda chadwik.
- k. Quickening (gerakan janin pertama yang dirasakan biasanya UK 16-18 minggu).
- l. Pigmentasi kulit seperti cloasma, striae pada payudara dan abdomen, line nigra, jaring-jaring pembuluh darah dan palmer eritme.

#### 2. Pemeriksaan fisik

- a. Pengeluaran colostrums.

- b. Perubahan warna pada payudara.
  - c. Pembesaran payudara dan pelebaran puting susu.
  - d. Pembesaran abdomen.
  - e. Teraba garis janin.
  - f. Ballotemen.
  - g. Gerakan janin.
  - h. Bunyi jantung janin.
3. Pemeriksaan pelvis.
- a. Pembesaran pelvis.
  - b. Perubahan bentuk uterus.
  - c. Tanda piskacek.
  - d. Tanda Hegar.
  - e. Tanda goodell.
  - f. Teraba kontraksi braxton hicks.
  - g. Tanda Chadwick.
4. Tes laboratorium dan pemeriksaan penunjang
- a. Tes kehamilan positif.
  - b. USG tampak keberadaan janin.
  - c. Tampak rangka janin pada foto rontgen.

### **2.1.7. Tanda- Tanda Dini Bahaya Atau Komplikasi Ibu Dan Janin**

#### **Masa Kehamilan**

##### **A. Tanda – tanda bahaya pada kehamilan muda**

###### **1. Hiperemesis gravidarum**

Hiperemesis gravidarum adalah suatu keadaan mual dan muntah pada kehamilan yang menetap, dengan frekuensi muntah lebih dari 5 kali dalam sehari, disertai dengan penurunan berat badan .dan dapat ,menyebabkan ketidakseimbangan elektrolit dan asam basa, kekurangan gizi bahkan kematian.

###### **2. Perdarahan pervaginam**

###### **a. Abortus**

Abortus adalah berakhirnya kehamilan oleh akibat-akibat tertentu pada usia kehamilan 22 minggu atau buah kehamilan belum mampu hidup didunia luar kandungan.

###### **b. Kehamilan mola**

Kehamilan mola adalah suatu kehamilan dimana setelah fertilisasi, hasil konsepsi tidak berkembang menjadi embrio tetapi terjadi proliferasi dari vili korealis disertai dengan degenerasi hidropik. Tandanya adalah adanya perdarahan, besar uterus tidak sesuai dengan usia kehamilan, keluar jaringan mola.

### c. Kehamilan ektopik

Kehamilan ektopik adalah kehamilan dimana setelah fertilisasi implantasi terjadi di luar endometrium kavum uteri seperti di ovarium, serviks dan tuba fallopi.

### 3. Hipertensi gravidarum

Hipertensi dalam kehamilan berarti wanita telah menderita hipertensi sebelum hamil atau disebut preeklampsia tidak murni. Hipertensi dalam kehamilan sering dijumpai dalam klinis yang terpenting adalah menegakan diagnosis seawal mungkin.

### 4. Nyeri perut bagian bawah

Nyeri perut atau abdomen yang menancam jiwa adalah yang hebat, menetap, dan tidak hilang meskipun telah istirahat. Hal ini bisa terjadi pada kehamilan ektopik, abortus, penyakit radang pelvik, persalinan preterm, gastritis, solusio plasenta, infeksi saluran kemih dan infeksi lainnya (Marmi, 2011).

## B. Tanda – Tanda Bahaya Pada Kehamilan Lanjut

### 1. Perdarahan pervaginam

#### a. Plasenta previa

Plasenta previa adalah keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat abnormal, yaitu pada segmen

bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh jalan lahir.

b. Solusio plasenta

Solusio plasenta adalah terlepasnya plasenta yang letaknya abnormal sebelum janin lahir.

2. Keluar cairan pervaginam

Keluar cairan pervaginam adalah pecahnya membran ketuban janin secara spontan sebelum usia 37 minggu atau sebelum persalinan dimulai (Marmi, 2011).

## **2.2. Teori Ketuban Pecah Dini**

### **2.2.1. Pengertian**

Ketuban pecah dini didefinisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. KPD preterm adalah KPD sebelum usia kehamilan 37 minggu. KPD memanjang adalah KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan (Sujiyatini dkk, 2009). Ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW) atau ketuban pecah dini (KPD) ketuban pecah prematur (KPP) adalah keluarnya cairan dari jalan lahir atau vagina sebelum proses persalinan (Feryanto, 2011). Ketuban pecah prematur adalah pecahnya membran khorio-amniotik sebelum onset persalinan (Feryanto, 2011). Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan/sebelum

inpartu, pada pembukaan < 4 cm (fase laten). Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. (Nugroho, 2010). KPD preterm adalah KPD sebelum usia kehamilan 37 minggu. KPD memanjang adalah KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan (Nugroho, 2010).

KPD merupakan komplikasi yang berhubungan dengan kehamilan kurang bulan, dan mempunyai kontribusi yang besar pada angka dan kematian perinatal pada bayi yang kurang bulan. Pengelolaan KPD pada kehamilan kurang dari 34 minggu sangat kompleks bertujuan untuk menghilangkan kemungkinan terjadinya prematuritas dan RDS (*Respiration Distress Syndrome*) (Nugroho, 2010).

### **2.2.2. Etiologi**

Walaupun banyak publikasi tentang KPD, namun penyebabnya masih belum diketahui dan tidak dapat ditentukan secara pasti. Beberapa laporan menyebutkan faktor-faktor yang berhubungan erat dengan KPD, namun faktor-faktor mana yang lebih berperan sulit diketahui. Kemungkinan dapat menjadi faktor predisposisi adalah:

#### **1. Infeksi**

Infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun asenderen dari vagina atau infeksi cairan ketuban bisa menyebabkan terjadinya KPD.

2. Servik yang inkompetensia, kanalis servikalis yang selalu terbuka oleh karena kelainan pada servik uteri (akibat persalinan dan curetage).
3. Tekanan intrauterine yang meninggi atau meningkat secara berlebihan (overdistensi uterus) misalnya trauma, hidramnion gamelli.
4. Trauma oleh beberapa ahli disepakati sebagai faktor predisposisi atau penyebab terjadinya KPD. Trauma yang didapat misalnya hubungan seksual, pemeriksaan dalam, maupun amnosintesis menyebabkan terjadinya KPD karena biasanya disertai dengan infeksi.
5. Kelainan letak, misalnya sungsang, sehingga tidak ada bagian terendah yang menutupi pintu atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi tekanan terhadap bagian bawah (Sujiyatini, dkk 2009).

Beberapa faktor lain etiologi KPD :

- a) Faktor golongan darah akibat golongan darah ibu dan anak yang tidak sesuai dapat menimbulkan kelemahan bawaan termasuk kelemahan jaringan kulit ketuban.
- b) Faktor disproporsi antar kepala janin dan panggul ibu.
- c) Faktor multi gravitas, merokok dan perdarahan antepartum.
- d) Defisiensi gizi dari tembaga atau asam askorbat (vitamin c)



Pada sebagian besar kasus, penyebabnya belum ditemukan. Faktor yang disebutkan berkaitan dengan KPD yaitu riwayat kelahiran kelahiran prematur merokok dan perdarahan selama kehamilan Beberapa faktor resiko dari KPD:

1. Inkompetensi serviks (leher rahim)
2. Polihidramnion (cairan ketuban berlebih)
3. Riwayat KPD sebelumnya.
4. Kelainan atau kerusakan selaput ketuban.
5. Kehamilan kembar.
6. Trauma.
7. Serviks (leher rahim) yang pendek ( $< 25$  mm) pada usia kehamilan 23 minggu.
8. Infeksi pada kehamilan seperti bacterial vaginosis.

### **2.2.3. Tanda Dan Gejala**

1. Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina.
2. Aroma air ketuban berbau manis, dan tidak berbau seperti amoniak, mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetes dengan ciri pucat dan bergaris merah darah.
3. Cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena terus diproduksi sampai kelahiran. Tetapi bila anda duduk atau berdiri kepala janin yang sudah terletak dibawah biasanya mengganjal atau menyumbat kebocoran untuk sementara.

4. Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda tanda infeksi yang terjadi (Nugroho, 2010).

#### **2.2.4. Diagnosa Kebidanan**

Menegakan diagnosa KPD secara tepat dan penting karena diagnosa yang positif palsu berarti melakukan intervensi seperti melahirkan bayi terlalu awal atau melakukan seksio yang sebetulnya tidak ada indikasinya. Sebaliknya diagnosa yang negative palsu berarti akan membiarkan ibu dan janin mempunyai resiko infeksi yang akan mengancam kehidupan janin, ibu atau keduanya. Oleh karena itu diperlukan diagnosa yang cepat dan tepat (Sujiyatini dkk, 2009).

Diagnosa KPD ditegakan dengan cara:

##### **1. Anamnesa**

Penderita merasa basah pada vagina, atau mengeluarkan cairan yang banyak secara tiba –tiba dari jalan lahir. Cairan berbau khas, dan perlu juga diperhatikan warna, keluarnya cairan tersebut his belum teratur atau belum ada dan belum ada pengeluaran lendir darah.

##### **2. Inspeksi**

Pengamatan dengan mata biasa akan tampak keluarnya cairan dari vagina, bila ketuban baru pecah dan jumlah air ketuban masih banyak, pemeriksaan ini akan lebih jelas.

### 3. Pemeriksaan dengan speculum.

Pemeriksaan dengan spekulum pada KPD akan tampak keluar cairan dari ostium uteri eksternum, kalau belum juga tampak keluar, fundus uteri ditekan, penderita diminta batuk atau mengejan atau mengadakan manuvover valsava, atau bagian terendah digoyangkan akan tampak keluar cairan dari ostium uteri dan terkumpul pada fornix anterior.

### 4. Pemeriksaan dalam

- a. Didapat cairan didalam vagina dan selaput ketuban sudah tidak ada lagi
- b. Mengenai pemeriksaan dalam vagina dengan tocher perlu dipertimbangkan, pada kehamilan yang kurang bulan, yang belum dalam persalinan tidak perlu di adakan pemeriksaan dalam. Karena pada waktu pemeriksaan dalam, jari pemeriksa akan mengakumulasi segmen bawah rahim dengan flora vagina yang normal. Mikroorganisme tersebut bisa dengan cepat menjadi pathogen.
- c. Pemeriksaan dalam vagina hanya dilakukan KPD yang sudah dalam persalinan atau yang dilakukan induksi persalinan dan dibatasi sedikit mungkin. (Sujiyatini dkk, 2009).

### 2.2.5. Pemeriksaan Penunjang

#### 1. Pemeriksaan Laboratorium

- a. Cairan yang keluar dari vagina perlu diperiksa: warna konsentrasi bau dan pHnya.
- b. Cairan yang keluar dari dalam vagina ini ada kemungkinan air ketuban, urine atau secret vagina air.
- c. Sekret vagina ibu hamil pH "4-5 dengan kertas nitrazin tidak berubah warna tetap kuning.
- d. Tes Lakmus (tes nitrazin) jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan adanya air ketuban (alkalis). pH air ketuban 7-7,5 darah dan infeksi vagina dapat menghasilkan tes yang positif palsu.
- e. Mikroskopik (tes pakis) dengan meneteskan air ketuban pada gelas objek dan di biarkan kering. Pemeriksaan mikroskopis menunjukkan gambaran daun pakis (Nugroho, 2010).

#### 2. Pemeriksaan ultrasonografi (USG)

- a. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri.
- b. Pada kasus KPD terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit. Namun terjadi kesalahan pada penderita oligohidramnion. Walaupun pendekatan dengan diagnosis KPD yang cukup banyak macam dan caranya, namun pada umumnya KPD

sudah bisa terdiagnosis dengan anamnesa dan pemeriksaan sederhana (Nugroho, 2010).

#### **2.2.6. Komplikasi**

Adapun pengaruh ketuban pecah dini terhadap ibu dan janin adalah:

##### **1. Prognosis ibu**

###### **a. Infeksi intrapartal /dalam persalinan.**

Jika terjadi infeksi dan kontraksi ketuban pecah maka bisa menyebabkan sepsis yang selanjutnya dapat mengakibatkan meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas.

###### **b. Infeksi puerperalis / masa nifas.**

###### **c. Dri labour/ partus lama.**

###### **d. Perdarahan postpartum**

###### **e. Meningkatkan tindakan operatif obstetric (khususnya sc)**

###### **f. Morbiditas dan mortalitas maternal (Marmi, 2010).**

##### **2. Prognosis janin**

###### **a. Prematuritas**

Masalah yang dapat terjadi pada persalinan prematur diantaranya adalah respiratory distress syndrome, hypothermia, neonatal feeding problem.

###### **b. Prolapsus funikuli atau penurunan tali pusat.**

- c. Hipoksia dan asfeksia sekunder (kekurangan oksigen pada bayi). Mengakibatkan kompresi tali pusat, prolaps uteri, partus lama, apgar skore rendah, perdarahan intracranial.
- d. Sindrom deformitas janin
- e. Terjadi akibat oligohidramnion. Diantaranya terjadi hipoplasia paru, deformitas ekstermitas dan pertumbuhan janin terhambat.
- f. Morbiditas dan mortalitas perinatal (Marmi, 2010).

#### **2.2.7. Penatalaksanaan Ketuban Pecah Dini**

Ketuban pecah dini termasuk dalam kehamilan beresiko tinggi. Kesalahan dalam mengelola KPD akan membawa akibat meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas ibu maupun bayinya. Penatalaksanaan KPD masih dilema bagi sebagian besar ahli kebidanan, selama masih dilema bagi sebagian besar ahli kebidanan, selama masih beberapa masalah yang masih belum terjawab. Kasus KPD yang cukup bulan, kalau segera mungkin mengakhiri kehamilan akan menaikkan insidensi bedah sesar, dan kalau menunggu persalinan spontan akan menaikkan insidens chorioamniotitis.

Kasus KPD yang kurang bulan kalau menempuh cara-cara aktif harus dipastikan bahwa tidak akan terjadi RDS, dan kalau menempuh cara konservatif dengan maksud untuk memberikan kematangan paru, harus bisa memantau keadaan janin dan infeksi

yang akan memperjelek prognosis janin. Penatalaksanaan KPD tergantung pada umur kehamilan. Kalau umur kehamilan tidak diketahui secara pasti segera dilakukan pemeriksaan ultrasonografi (USG) untuk mengetahui umur kehamilan dan letak janin. Resiko yang lebih sering pada KPD dengan janin kurang bulan perlu evaluasi hati-hati untuk menentukan waktu yang optimal untuk persalinan. Pada umur kehamilan 34 minggu atau lebih biasanya paru-paru sudah matang chorioamnionitis yang diikuti dengan sepsis pada janin merupakan sebab utama meningkatnya morbiditas dan mortalitas janin. Pada kehamilan cukup bulan, infeksi janin langsung berhubungan dengan lama pecahnya selaput ketuban atau lamanya periode laten. Kebanyakan penulis sepakat mengambil dua faktor yang harus dipertimbangkan dalam mengambil sikap atau tindakan terhadap penderita KPD yaitu umur kehamilan dan ada tidaknya infeksi pada ibu (Sujiyatini dkk, 2009).

#### 1. Penatalaksanaan KPD pada kehamilan aterm (>37 minggu)

Beberapa penelitian menyebutkan lama periode laten dengan durasi KPD keduanya mempunyai hubungan yang bermakna dengan peningkatan kejadian infeksi dan komplikasi lain dari KPD. Jarak antara pecahnya ketuban dan permulaan dari persalinan tersebut periode latent. Makin muda umur kehamilan makin memanjang. Pada hakekatnya kulit ketuban

yang pecah akan menginduksi persalinan dengan sendirinya sekitar 70-80 % kehamilan genap bulan akan melahirkan dalam waktu 24 jam setelah kulit ketuban pecah, bila dalam 24 jam setelah kulit ketuban pecah belum ada tanda- tanda persalinan maka lakukan induksi persalinan, dan bila gagal lakukan bedah Caesar.

Pemberian antibiotik profilaksis dapat memberikan infeksi pada ibu. Walaupun antibiotic tidak berfaedah terhadap janin dalam uterus namun pencegahan terhadap chorioamnitis lebih penting dari pada pengobatannya sehingga pemberian antibiotik profilaksis perlu dilakukan. Waktu pemberian antibiotik hendaknya diberikan setelah diagnosis KPD ditegakan dengan pertimbangan: tujuan profilaksis, lebih dari 6 jam kemungkinan infeksi telah terjadi, proses persalinan umumnya berlangsung lebih dari 6 jam. Beberapa penulis menyarankan bersikap aktif (induksi persalinan) segera diberikan atau ditunggu 6-8 jam dengan alasan penderita akan menjadi inpartu dengan sendirinya. Dengan mempersingkat periode laten. Durasi KPD dapat diperpendek sehingga resiko infeksi dan trauma obstetrik karena partus tindakan dapat dikurangi.

Pelaksanaan induksi persalinan perlu pengawasan yang sangat ketat terhadap keadaan janin, ibu dan jalannya proses persalinan berhubungan dengan komplikasinya. Pengawasan



yang kurang baik dapat menimbulkan komplikasi yang fatal bagi bayi dan ibunya (his yang terlalu kuat) atau proses persalinan menjadi semakin kepanjangan (his kurang kuat) (Sujiyatini dkk, 2009).

## 2. Penatalaksanaan kehamilan preterm (<37 minggu).

Pada kasus - kasus KPD dengan umur kehamilan yang kurang bulan tidak dijumpai dengan tanda - tanda infeksi pengelolaannya bersifat konservatif disertai dengan pemberian antibiotik yang adekuat sebagai profilaksis. Penderita baru dirawat dirumah sakit ditidurkan dalam posisi trendelenberg, tidak perlu dilakukan pemeriksaan dalam untuk mencegah terjadinya infeksi dan kehamilan diusahakan bisa mencapai 37 minggu, obat-obatan uteronelaksen atau tokolitik Agent di berikan juga tujuan menunda proses persalinan.

Tujuan dari pengelolaan konservatif dengan pemberian kortikosteroid pada penderita KPD dengan kehamilan kurang bulan agar tercapainya kematangan paru, jika selama menunggu atau melakukan pengelolaan konservatif tersebut muncul tanda-tanda infeksi, maka dilakukan induksi persalinan tanpa memandang umur kehamilan.

Induksi persalinan sebagai usaha agar persalinan mulai berlangsung dengan jalan merangsang timbulnya his ternyata dapat menimbulkan komplikasi- komplikasi yang kadang- kadang

tidak ringan. Komplikasi- komplikasi yang dapat terjadi janin sampai mati, emboli air ketuban.

Kegagalan induksi persalinan biasanya diselesaikan dengan tindakan bedah Caesar. Seperti dengan pengelolaan KPD yang cukup bulan, tindakan bedah Caesar hendaknya dikerjakan bukan semata-mata karena infeksi intrauterin tetapi seyogianya ada indikasi obstetrik yang lain, misalnya kelainan letak, janin partus tidak maju.

Selain komplikasi – komplikasi yang dapat terjadi akibat tindakan aktif. Ternyata pengelolaan konservatif juga dapat menyebabkan komplikasi yang berbahaya, maka perlu dilakukan pengawasan yang ketat. Sehingga dikatakan pengelolaan konservatif adalah menunggu dengan penuh kewaspadaan terhadap kemungkinan infeksi intrauterine.

Sikap konservatif meliputi pemeriksaan leokosit darah tepi setiap hari pemeriksaan tanda-tanda vital terutama temperature setiap 4 jam, pengawasan denyut jantung janin, pemberian antibiotic ditegakan dan selanjutnya setiap 6 jam.

Pemberian kortikosteroid antenatal pada preterm KPD telah di laporkan secara pasti dapat menurunkan RDS. The National Institutes of Health (NIH) telah merekomendasikan penggunaan kortikosteroid pada preterm KPD pada kehamilan 30-32 minggu yang tidak ada infeksi intramnion. Sediaan terdiri

atas betametason 2 dosis masing masing 12 mg I.M, tiap 24 jam atau dexametason 4 dosis masing masing 6 mg setiap 12 jam (Sujiyatini dkk, 2009).

#### **2.2.8. Pencegahan**

Beberapa pencegahan dapat dilakukan namun belum ada yang terbukti cukup efektif mengurangi aktifitas atau istirahat pada akhir triwulan kedua atau awal triwulan ketiga dianjurkan (Sujiyatini dkk, 2009).

### **2.3. Teori Prolaps Tali Pusat**

#### **2.3.1. Pengertian Prolaps Tali Pusat**

Prolaps tali pusat adalah keadaan tali pusat ada disamping atau di bawah bagian terendah janin. Prolaps tali pusat merupakan komplikasi yang jarang terjadi kurang dari 1 per 200 kelahiran, tetapi dapat mengakibatkan tingginya kematian janin. Oleh karena itu diperlukan keputusan yang matang dan pengelolaan segera (Prawirohardjo, 2010).

Tali pusat menumbung atau prolaps tali pusat atau prolaps funikuli adalah peristiwa turunnya tali pusat kedalam vagina sehingga berada didepan persenting part. Prolaps ini dapat terjadi kapan saja ketika membran pecah khususnya jika presenting part belum masuk dengan pas kedalam serviks. Prolaps tali pusat merupakan keadaan emergensi yang memerlukan tindakan segera untuk menyelamatkan janin tali pusat dapat terkompresi diantara

janin dan serviks atau pelvis ibu dan dengan demikian akan mengganggu perfusi fetoplasental (Lockhart, 2014).

### **2.3.2. Etiologi Prolaps Tali Pusat**

#### **1. Etiologi fetal**

##### **a. Presentasi abnormal.**

Presentasi abnormal terdapat pada hampir setengah kasus-kasus tali pusat menumbung. Oleh karena 95 % presentasi kepala, sebagian besar tali pusat menumbung terjadi pada presentasi kepala. Meskipun demikian insidensi relative yang paling tinggi berturut-turut adalah sebagai berikut letak lintang, presentasi bokong, terutama, bokong kaki, dan presentasi kepala.

##### **b. Prematuritas.**

Dua faktor memainkan peranan dalam kegagalan untuk mengisi PAP, bagian terbawah yang kecil dan seringnya kedudukan abnormal pada persalinan prematur kematian janin tinggi. Salah satu penyebabnya adalah karena bayi yang kecil tidak tahan terhadap trauma dan anoksia. Sebab yang lain adalah keengganan melakukan operasi besar pada ibu jika kemungkinan untuk menyelamatkan bayinya hampir tidak ada.

c. Kehamilan ganda.

Faktor- faktor yang berpengaruh disini meliputi gangguan adaptasi frekuensi persalinan abnormal yang lebih besar, insidensi hidramnion yang tinggi dan pecahnya ketuban.

d. Hidramnion.

Ketika ketuban pecah sejumlah besar cairan mengalir keluar dari tali pusat hanyut kebawah (Oxorn, 2010).

## **2. Etiologi maternal dan Obstetrik**

a. Disproporsi kepala panggul

Disproporsi antara panggul dan bayi menyebabkan kepala tidak dapat turun dan pecahnya ketuban diikuti tali pusat menumbung.

b. Bagian terendah yang tinggi

Tertundanya penurunan kepala untuk sementara dapat terjadi meskipun panggul normal, terutama pada multipara. Bila pada saat ini ketuban pecah maka tali pusat dapat turun kebawah (Oxorn, 2010).

## **3. Etiologi tali pusat dan plasenta**

a. Tali pusat yang panjang

Semakin panjang tali pusat maka semakin mudah menumbung.

b. Plasenta letak rendah

Jika plasenta terletak dekat serviks maka ia akan menghalangi penurunan bagian terendah. Disamping itu insersi tali pusat lebih dekat serviks. (Oxorn, 2010).

#### **4. Etiologi iatrogenic**

Sepertiga kali tali pusat menumbung terjadi selama tindakan obstetric.

a. Pemecahan ketuban secara artificial

Bila kepala masih tinggi, atau bila tali pusat abnormal maka pemecahan ketuban dapat diikuti dengan tali pusat menumbung.

b. Pembebasan kepala Dari PAP

Kepala di naikan ke atas panggul untuk mempermudah putaran paksi.

c. Fleksi kepala yang semula dalam keadaan ekstensi

d. Versi ekstraksi (Oxorn, 2010).

e. Ketuban pecah dini (Prawirohardjo, 2010).

#### **2.3.3. Patofisiologi prolaps tali pusat**

Tekanan pada tali pusat oleh bagian terendah janin dan jalan lahir akan mengurangi sirkulasi plasenta. Bila tidak dikoreksi, komplikasi ini dapat mengakibatkan kematian janin.

Obstruksi yang lengkap dari tali pusat menyebabkan dengan segera berkurangnya detak jantung janin (deselarasi variabel). Bila

obstruksinya hilang dengan cepat, detak jantung janin akan kembali normal. Akan tetapi bila obstruksinya menetap terjadilah deselerasi yang dilanjutkan dengan hipoksia langsung terhadap miokard sehingga mengakibatkan deselerasi yang lama. Bila dibiarkan terjadi kematian janin.

Seandainya obstruksinya sebagian akan menyebabkan akselerasi detak jantung. Penutupan vena umbilikalis mendahului penutupan arteri yang menghasilkan hipovolemi janin dan mengakibatkan akselerasi jantung janin. Gangguan aliran darah yang lama melalui tali pusat menghasilkan asidosis respiratorik dan metabolik yang berat, berkurangnya oksigenasi janin, bradikardia yang menetap dan akhirnya kematian janin. Prolaps tali pusat tidak berpengaruh langsung pada kehamilan atau jalannya persalinan (Prawirohardjo, 2010).

#### **2.3.4. Diagnosis**

Diagnosis prolaps tali pusat dapat melibatkan beberapa cara:

1. Melihat tali pusat keluar dari introitus vagina.
2. Teraba tali pusat pada waktu pemeriksaan dalam.
3. Auskultasi terdengar jantung yang ireguler, sering dengan bradikardi yang jelas, terutama berhubungan dengan kontraksi uterus.
4. Monitoring denyut jantung yang berkesinambungan memperlihatkan adanya deselerasi variable.

5. Tekanan pada bagian terendah janin oleh manipulasi eketerna terhadap pintu atas panggul menyebabkan menurunnya detak jantung secara tiba-tiba yang menandakan kompresi tali pusat (Prawirohardjo, 2010).

#### **2.3.5. Penanganan Prolaps Tali Pusat**

Tali pusat menumbung dibiarkan dan persalinan diteruskan dalam keadaan –keadaan sebagai berikut :

1. Bila janin meninggal.
2. Bila janin diketahui abnormal.
3. Bila janin masih sangat prematur sehingga tidak ada harapan untuk dapat hidup. Tidak ada gunanya memberikan resiko kepada ibu.

Usaha- usaha untuk mengurangi kompresi tali pusat dan memperbaiki keadaan janin adalah sebagai berikut:

1. Penolong memasukan satu tangan kedalam vagina dan mendorong bagian terendah keatas menjauhi tali pusat. Pada waktu yang bersamaan dilakukan persiapan untuk menolong persalinan.
2. Pasien diletakan dengan sikap lutut dada atau trendelenburg, dengan pingggul atas dan kepala di bawah.
3. Diberikan oksigen dan masker kepada ibu.
4. Denyut jantung janin diperiksa dengan teliti.



5. Dilakukan pemeriksaan vaginal untuk menentukan presentasi, pembukaan serviks, turunnya bagian terendah dan keadaan tali pusat.

Jika pembukaan sudah lengkap dilakukan usaha usaha pelbagai presentasi sebagai berikut :

1. Presentasi kepala, kepala terendah di dalam panggul, ekstraksi dengan forceps.
2. Presentasi kepala, kepala tinggi, versi ekstraksi. Cara ini mengandung baya terjadinya rupture uteri tetapi oleh karena ini merupakan usaha dalam keadaan putus asa untuk menyelamatkan anak maka risiko harus di ambil.
3. Presentasi bokong: kedua kaki diturunkan dan bayi di lahirkan sebagai presentasi bokong kaki secepat mungkin.
4. Letak lintang: versi dalam menjadi presentasi kaki di lakukan ekstraksi.

Jika pembukaan belum lengkap dilakukan usaha-usaha sebagai berikut:

1. Sectio caesarea merupakan pilihan utama selama bayinya cukup bulan dan dalam keadaan baik. Nasib bayi pada section sesarea jauh lebih baik di banding kelahiran dengan cara yang lain. Bahaya untuk ibu juga sangat kurang di banding dengan melahirkan bayi secara paksa pada pembukaan belum lengkap.

Sementara dilakukan persiapan operasi diadakan usaha-usaha untuk mengurangi kompresi tali pusat seperti di atas.

2. Reposisi tali pusat dan dicoba, jika tidak dapat dikerjakan sectio caesarea. Tali pusat di bawa ke atas kedalam panggul uterus, sedang bagian terendah janin di dorong kebawah uterus masuk panggul kemudian di tahan. Kadang –kadang reposisi tali pusat berhasil tetapi umumnya kita kehilangan banyak waktu yang berharga pada waktu melakukannya.
3. Jika usaha ini tidak berhasil, pasien dipertahankan dalam posisi trendelenburg dengan harapan tali pusat tidak tertekan sehingga bayi tetap dapat hidup sampai pembukaan menjadi cukup lebar untuk memungkinkan lahirnya bayi.
4. Dilatasi serviks secara manual, insisi cervik, dan cara-cara lain untuk memaksakan pembukaan scerviks tidak akan pernah dapat diterima. Keberhasilannya kecil sedang risiko untuk ibu besar (Oxorn, 2010).

Penanganan Prolapus Tali Pusat Menurut Lokasi / Tingkat Penilaian  
(Prawirohardjo, 2006)

Polindes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lakukan pemeriksaan dalam jika ketuban sudah pecah dan bagian bawah janin belum turun</li> <li>• Jika teraba tali pusat, pastikan tali pusat masih berdenyut atau tidak dengan meletakkan tali pusat di antara kedua jari.</li> <li>• Lakukan reposisi tali pusat. Jika berhasil usahakan bagian terbawah janin memasuki rongga panggul dengan menekan fundus uteri dan usahakan dengan segera persalinan pervaginam</li> <li>• Suntikan terbutalin 0,25 mg subkutan</li> <li>• Dorong ke atas bagian terbawah janin dan segera rujuk ke puskesmas atau langsung ke rumah sakit</li> </ul>
Puskemas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lakukan pemeriksaan dalam jika ketuban sudah pecah dan bagian bawah janin belum turun</li> <li>• Jika teraba tali pusat, pastikan tali pusat meletakkan tali pusat di antara kedua jari.</li> <li>• Lakukan reposisi tali pusat. Jika berhasil usahakan bagian terbawah janin memasuki rongga panggul dengan menekan fundus uteri dan usahakan dengan segera persalinan pervaginam</li> <li>• Suntikan terbutalin 0,25 mg subkutan</li> <li>• Dorong ke atas bagian terbawah janin dan segera rujuk ke rumah sakit</li> </ul>
Rumah sakit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lakukan evaluasi / penanganan seperti di atas</li> <li>• Jika persalinan pervaginam tidak mungkin terjadi segera lakukan seksio sesarea</li> </ul>

## **2.4. Konsep Dasar Seksio Sesarea**

### **2.4.1. Pengertian.**

Sectio caesarea adalah suatu pembedahan guna melahirkan anak lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus (Oxorn, 2010).

Sc adalah suatu tindakan untuk melahirkan bayi dengan beratdi atas 500 gram melalui sayatan pada dinding uterus yang masih utuh (Prawirohardjo, 2009).

### **2.4.2. Jenis - Jenis Seksio Saserea.**

Ada beberapa jenis seksio saserea yang dikenal menurut (Mochtar, R 1998).

#### **A. Abdomen (Seksio Sesarea Abdominalis).**

##### **1. Seksio sesarea transperitonealis**

1) Seksio sesarea klasik atau corporal dengan insisi memanjang pada korpus uteri.

2) Seksio sesarea ismika atau profunda atau low cervical dengan insisi pada segmen bawah rahim.

2. Seksio Sesarea Ekstraperitonealis yaitu tanpa membuka peritoneum parietalis, dengan demikian tidak membuka kavum abdominal.

#### **B. Vagina (Seksio Sesarea Vaginalis)**

Menurut arah sayatan pada rahim, seksio sesarea dapat dilakukan sebagai berikut :

1. Sayatan memanjang (longitudinal) menurut kronig.

2. Sayatan melintang (transversal) menurut Kerr.

3. Sayatan huruf T (T-incision).

#### 1) Seksio Sesarea Klasik (Korporal).

Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm.

Kelebihan:

- Mengeluarkan janin lebih cepat.
- Tidak mengakibatkan komplikasi kandung kemih tertarik.
- Sayatan bias diperpanjang proksimal atau distal.

Kekurangan:

- Infeksi mudah menyebar secara intraabdominal karena tidak ada reperitonealisasi yang baik.
- Untuk persalinan berikutnya lebih sering terjadi rupture uteri spontan.

#### 2) Seksio Sesarea Ismika (Profunda)

Dilakukan dengan membuat sayatan melintang – konkaf pada segmen bawah rahim (low cervical transversal) kira-kira 10 cm.

Kelebihan :

- Penjahitan luka muda.
- Penutupan luka dengan reperitonealisasi yang baik

- Tumpang tindih dari peritoneal flap baik sekali untuk menahan penyebaran isi uterus ke rongga peritoneum.
- Perdarahan kurang.
- Dibandingkan dengan cara klasik kemungkinan rupture uteri spontan / lebih kecil.

Kekurangan:

- Luka akan melebar kekiri, kanan dan bawah sehingga dapat menyebabkan atonia uteri.
- Keluhan pada kandung kemih postoperative tinggi.

#### **2.4.3. Indikasi Seksio Saesarea**

Indikasi dilakukan seksio saesarea (Prawirohardjo, 2010) adalah:

1. Plasenta previa terutama plasenta previa totalis dan sub totalis.
2. Panggul sempit.

Pada anak hidup dilakukan SC kalau CV kurang dari 8,5 cm.

Pada anak mati terpaksa dilakukan SC kalau CV kurang dari 6 cm. Kalau CV antara 8,5 dan 10 cm dilakukan persalinan percobaan dan kalau persalinan percobaan tidak berhasil maka dilakukan SC.

3. Tumor- tumor yang menghalangi jalan lahir,
4. Partus lama.
5. Partus tak maju.

6. Distosia serviks.
7. Pre- eklamsia dan hipertensi.
8. Mal presentasi janin:

- a. Letak lintang

Greenhill dan eastman sama-sama sependapat:

- 1) Bila ada kesempitan panggul, maka seksio sesarea adalah cara terbaik dalam segala letak lintang dengan janin hidup dan besar.
- 2) Semua primigravida dengan letak lintang harus ditolong dengan seksio sesarea walau tidak ada perkiraan panggul sempit.
- 3) Multipara dengan letak lintang dapat lebih dulu ditolong dengan cara-cara lain.

- b. Letak bokong

Seksio sesarea di anjurkan pada letak bokong bila ada panggul sempit, primigravida, janin besar dan berharga.

- c. Presentasi dahi dan muka (letak defleksi) bila reposisi dan cara-cara lain tidak berhasil

- d. Gemeli, menurut estman seksio sesarea dianjurkan bila :

- 1) Janin pertama letak lintang atau presentasi bahu.
- 2) Bila terjadi interlock.
- 3) Distosia oleh karena tumor.
- 4) Gawat janin (Mochtar, 1998).

#### **2.4.4. Komplikasi seksio sesarea**

Komplikasi yang terjadi setelah tindakan seksio sesarea adalah sebagai berikut:

##### **1. Infeksi puerpuralis (Nifas)**

Infeksi puerpuralis terbagi atas 3 tingkatan yaitu :

- a. Ringan, dengan kenaikan suhu tubuh hanya beberapa hari
- b. Sedang, dengan kenaikan suhu tubuh lebih tinggi, disertai dehidrasi dan sedikit kembung
- c. Berat, dengan peritonitis, sepsis dan ileus paralitik. Hal ini sering kita jumpai pada partus terlantar, dimana sebelumnya telah terjadi infeksi intrapartal karena ketuban yang telah pecah terlalu lama.

##### **2. Perdarahan**

Perdarahan dapat disebabkan karena banyaknya pembuluh darah yang terputus dan terbuka, atonia uteri, dan perdarahan pada placentar bed.

##### **3. Luka kandung kemih.**

Tindakan seksio apabila tidak dilakukan secara hati-hati dapat mengakibatkan luka pada organ lain seperti kandung kemih yang dapat menyebabkan infeksi.

- 5) Kemungkinan rupture uteri spontan pada kehamilan mendatang (Mochtar, 1998).



#### **2.4.5. Penatalaksanaan Pasien Pre-SC dan Post SC**

Penatalaksanaan pasien SC, (Prawirohardjo, 2009) sebagai berikut:

##### **1. Penatalaksanaan Pasien Pre SC**

###### **a. Persiapan Pasien**

- 1) Jelaskan kepada pasien prosedur operasi, namun bila tidak sadar jelaskan kepada keluarganya.
- 2) Isilah formulir izin operasi (informed consent).
- 3) Berilah dukungan moril agar pasien tidak takut menghadapi pembedahan.
- 4) Lapangan operasi dipersiapkan dengan tindakan antiseptik. Kulit abdomen dibersihkan dengan bilasan air dan sabun untuk membersihkan lemak dan kotoran, termasuk umbilicus. Rambut pubis hanya di gunting bila mengganggu lapangan operasi, jadi tidak perlu memengkas atau mencukur semua rambut pubis atau vulva.
- 5) Bila terdapat infeksi intrapartum dan ketuban pecah lama, vagina di bersihkan dengan cairan betadine.
- 6) Demikian pula komplikasi ibu dan kondisi janin merupakan pertimbangan jenis operasi dan pemberian cairan.
- 7) Pemeriksaan rutin terhadap fisik dan khusus dilakukan untuk merencanakan secara cermat jenis anesthesia,

lama pembedahan, kesulitan atau komplikasi dan teknik pembedahan.

- 8) Pembedah harus memeriksa sendiri serta menuliskan rencana pembedahan pada rekam medik.
- 9) Pemeriksaan fisik umum, meliputi: keadaan umum (kesadaran, gizi), paru, jantung, abdomen (hati, limpa) dan anggota gerak. Catat juga tensi, nadi, suhu dan pernapasan. Pada pemeriksaan obstetrik tentukan keadaan janin (letak, besar, tunggal/gemeli).
- 10) Perlu di ketahui jenis operasi yang pernah dijalani, termasuk kesulitan atau komplikasi (untuk meramalkan perlekatan dan kelainan organ, misalnya kanker).
- 11) Dari anamnesis perlu diketahui penyakit yang pernah diderita:
  - a) Paru, asma, tuberculosis
  - b) Jantung, iskemi
  - c) Hati, hepatitis
  - d) Kelainan pembekuan darah / penggunaan obat dan thrombosis.
  - e) Diabetes mellitus
  - f) Alergi terhadap obat

b. Laboratorium

Ambilah sampel darah untuk pemeriksaan laboratorium rutin, yaitu: HB, HT, Lekosit (hitung jenis, trombosit golongan darah). Pada pembedahan berencana juga di ambil darah untuk kadar gula puasa dan post prandial.

c. Pemeriksaan Penunjang

USG dilakukan atas keperluan penentuan lokasi patologi, misalnya: letak plasenta untuk menentukan jenis insisi uterus. Idealnya pasien harus puasa 6 jam setelah operasi.

d. Infus

- 1) Pra bedah pemberian infus terdiri dari: cairan Ringer Laktat 500 ml diberikan 100 -125 ml per jam, kecuali pada hipertensi < 100 ml per jam.
- 2) Selama pembedahan cairan yang diberikan 500 ml per jam kecuali pada preeklamsia harus lebih sedikit, dan setelah bayi lahir akan di berikan oxytocin 10 IU/IV dan dapat diberikan 10 IU /infuse untuk selama 6 jam.

e. Kateterisasi

- 1) Kateter di pasang dengan cara dauer dengan foley. Kateter no 16-18 cukup untuk digunakan. Bilaslah muara uretra dan

juga ujung kateter dengan betadine sebelum insersi kateter  
kembungkan balon kateter sebanyak 20-30 ml.

- 2) Kemudian sambung kateter dengan kantong urine  
perhatikan urine harus keluar. Gantungkan urine disamping  
tempat tidur.

## 2. Penatalaksanaan Pasien Post SC.

### a. Posisi Tidur Pasien

- 1) Pasien dibaringkan miring di dalam kamar pulih dengan  
pemantauan ketat: tensi, nadi, suhu, pernapasan tiap 15  
menit dalam 1 jam pertama, kemudian 30 menit dalam 1  
jam berikut dan selanjutnya tiap jam.
- 2) Pasien tidur dengan muka ke samping dan yakinkan  
kepalanya agar tengadah agar jalan napas bebas.
- 3) Tungkai bagian atas dalam posisi fleksi

### b. Mobilisasi

Pasien telah dapat menggerakkan kaki dan tangan serta  
tubuhnya sedikit, kemudian dapat duduk pada jam ke 8-12,  
ibu dapat berjalan bila mampu pada 24 jam pasca bedah  
bahkan mandi sendiri pada hari kedua.

### c. Makan dan Minum

- 1) Setelah diperiksa peristaltik pada 6 jam pasca bedah, bila  
positif maka dapat diberikan minum hangat sedikit dan

kemudian lebih banyak terutama bila mengalami anestesia spinal dan pasien tidak muntah.

2) Pasien dapat makan makanan lunak atau biasa puasa hari pertama, infus dapat diangkat 24 jam pasca bedah, bila pasien telah flatus maka pasien dapat makan.

3) Kateter dapat dicabut 12 jam pasca bedah.

#### d. Perawatan Luka

1) Kasa perut pada 1 hari pasca bedah, bila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti. Umumnya kasa perut dapat diganti pada hari ke 3 sampai 4 sebelum pulang dan seterusnya pasien mengganti setiap hari, luka dapat diberikan salep betadine sedikit.

2) Jahitan yang perlu dibuka dapat dilakukan 5 hari setelah pasca bedah.

#### e. Perawatan Gabung

Pasien dapat dirawat gabung dengan bayi dan memberikan ASI dalam posisi tidur atau duduk.

#### f. Laboratorium

1) Pemeriksaan lab yang diperlukan adalah HB dan HT, biasanya akan terdapat penurunan HB 2%.

2) Bila HB dibawah 8% diperhitungkan untuk transfusi.

g. Pengangkatan Keteter

- 1) Kateter dibuka 24 jam pasca bedah, bila terdapat hematuria maka pengangkatan dapat ditunda.
- 2) Kateter akan tetap dipertahankan bila: rupture uteri, partus lama, edema perineal, sepsis, perdarahan.

h. Memulangkan Pasien

- 1) Perawatan 3-4 hari kiranya cukup untuk pasien. Berikan instruksi mengenai perawatan luka dan keterangan tertulis mengenai teknik.
- 2) Pasien diminta datang untuk ditindaklanjuti mengenai perawatan 7 hari setelah pulang. Pasien dapat mandi biasa setelah hari ke 5, dengan mengeringkan luka dan merawat luka seperti biasa.
- 3) Pasien diminta segera datang bila terdapat perdarahan, demam, dan nyeri perut berlebihan.

3. Nasehat pasca operasi

- a. Dianjurkan jangan hamil selama lebih kurang satu tahun, dengan memakai kontrasepsi.
- b. Kehamilan berikutnya hendaknya diawasi dengan antenatal yang baik.
- c. Dianjurkan untuk bersalin dirumah sakit yang besar.

Apakah persalinan berikutnya harus dengan seksio sesarea bergantung dari indikasi seksio sesarea dan keadaan pada kehamilannya berikutnya.

## **2.5.Manajemen Kebidanan**

### **2.5.1. Pengertian Manajemen Kebidanan**

Manajemen kebidanan adalah suatu metode proses berpikir logis sistematis. Oleh karena itu, manajemen kebidanan merupakan alur pikir bagi seorang Bidan dalam memberikan arah atau kerangka dalam menangani kasus yang menjadi tanggung jawabnya (Trisnawati, 2016). Manajemen kebidanan mempunyai peran penting dalam menunjang kerja seorang Bidan agar bidan dapat melakukan pelayanan dengan baik kepada kliennya (Trisnawati, 2016).

Pengertian manajemen menurut beberapa sumber ( Trisnawati, 2016).

#### **1. Menurut buku 50 tahun IBI 2007**

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

#### **2. Menurut DepKes RI 2005**

Manajemen kebidanan adalah metode dan pendekatan pemecahan masalah ibu dan anak yang khusus dilakukan oleh

bidan dalam memberikan asuhan kebidanan kepada individu, keluarga dan masyarakat.

### 3. Menurut Helen Varney

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangka atau tahap yang logis untuk mengambil suatu keputusan berfokus pada klien.

#### **2.5.2. Tujuan Manajemen Kebidanan**

Tujuannya yaitu mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayi, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal.

#### **2.5.3. Prinsip Manajemen Kebidanan**

Prinsip-prinsip Kebidanan menurut Varney:

1. Secara sistematis mengumpulkan dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan dengan melakukan pengkajian yang komperhensif terhadap kesehatan setiap klien, termasuk mengumpulkan riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik.
2. Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnosa berdasarkan interpretasi data.



3. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien.
4. Memberi informasi dan dukungan sehingga klien dapat membuat keputusan dan bertanggung jawab terhadap kesehatannya.
5. Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien.
6. Secara pribadi bertanggung jawab terhadap implementasi rencana individual.
7. Melakukan konsultasi, perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan berkolaborasi dan merujuk pasien untuk mendapatkan asuhan selanjutnya.
8. Merencanakan manajemen terhadap komplikasi tertentu dalam situasi darurat dan bila adda penyimpangan dari keadaan normal.
9. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kesehatan dan merevisi rencana asuhan sesuai kebutuhan (Trisnawati, 2016).

#### **2.5.4. Sasaran Manajemen Kebidanan.**

Sasaran manajemen kebidanan tidak hanya diimplementasikan pada asuhan kebidanan pada individu, akan tetapi dapat juga diterapkan dalam pelaksanaan pelayanan kebidanan yang ditujukan kepada keluarga dan masyarakat.

Manajemen kebidanan mendorong para bidan menggunakan cara yang teratur dan rasional sehingga mempermudah pelaksanaan yang tepat dalam memecahkan masalah klien dan kemudian akhirnya bertujuan mewujudkan kondisi ibu dan anak yang sehat dapat tercapai.

Seperti yang telah dikemukakan di atas, bahwa permasalahan kesehatan ibu dan anak yang ditangani oleh bidan mutlak menggunakan metode dan pendekatan manajemen kebidanan. Sesuai dengan lingkup dan tanggung jawab bidang, maka sasaran manajemen kebidanan ditunjukan kepada, baik individu ibu dan anak, keluarga, maupun kelompok masyarakat.

Individu sebagai sasaran dalam asuhan kebidanan disebut klien, yang dimaksud klien disini adalah setiap individu yang dilayani oleh bidan, baik itu sehat, maupun sakit. Klien yang sakit disebut pasien. Upaya menyehatkan dan meningkatkan status kesehatan keluarga akan lebih efektif bila dilakukan melalui ibu, baik dalam keluarga, maupun dalam kelompok masyarakat. Dalam pelaksanaan manajemen kebidanan, bidan memandang keluarga dan kelompok masyarakat sebagai kumpulan individu-individu yang berada dalam suatu ikatan sosial dimana ibu memegang peran sentral.

Manajemen kebidanan dapat digunakan oleh bidan dalam setiap melaksanakan kegiatan pemeliharaan dan peningkatan

kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan, pemeliharaan kesehatan ibu dan anak dalam lingkup dan tanggung jawab.

#### **2.5.5. Langkah-langkah manajemen kebidanan menurut tujuh langkah varney**

##### **a. Langkah I : Tahapan Pengumpulan Data Dasar**

###### **Data subyektif**

###### **A. Biodata**

1. Nama Istri/Suami: untuk mengetahui identitas pasien
2. Umur: untuk mengetahui adanya resiko seperti kurang dari 20 tahun, alat - alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap.
3. Agama: untuk memudahkan bidan dalam melakukan pendekatan untuk memberikan asuhan.
4. Suku: untuk mengetahui adat dan kebiasaan sehari-hari yang berhubungan dengan masalah yang dialami.
5. Pendidikan: untuk mengetahui tingkat pengetahuan yang digunakan sebagai dasar dalam memberikan asuhan.
6. Pekerjaan: untuk mengetahui tingkat sosial ekonomi pasien, karena ini juga berpengaruh pada gizi pasien.
7. Alamat: untuk mengetahui tempat tinggal pasien sehingga memudahkan kunjungan rumah.

#### B. Keluhan utama

Keluhan ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang kefasilitas kesehatan dan apa yang dikeluhkan pasien pada saat pengkajian.

#### C. Riwayat haid

Ditanyakan kapan pertama kali klien mendapat haid (menarche), apakah haidnya teratur atau tidak, berapa hari siklus haidnya, berapa lama haidnya, berapa banyak darah haid yang keluar selama haid, bagaimana warna darah haidnya, bagaimana baunya dan konsistensinya. Juga ditanyakan keluhan apa saja yang dialami klien saat haid. Apakah dismenorhoe, bila ya, kapan: apakah klien saat haid, apakah dismenorhoe, apakah klien pernah mengalami flour albus, bagaimana warna flour albus, apakah berbau atau gatal, bagaimana konsistensinya dan jumlahnya. Menarche sekitar umur 14 tahun siklus 28-30 hari Lama 3-7 hari.

#### D. Riwayat perkawinan

Menanyakan kapan menikah, umur saat menikah, dan lamanya menikah.

#### E. Riwayat kehamilan yang lalu

Untuk mengetahui adakah penyulit-penyulit yang menyertai kehamilan, persalinan dan nifas, serta kelainan pada masa kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu.

#### F. Riwayat kehamilan sebelumnya

- 1) Apakah ada masalah selama persalinan atau kelahiran sebelumnya (bedah caesar, persalinan dengan ekstraksi vakum atau vorseps, induksi oksitosin, hipertensi yang diinduksi oleh kehamilannya, preeklampsia/eklampsia, perdarahan pasca persalinan).
- 2) Apakah ibu mempunyai bayi bermasalah pada kehamilan/persalinan sebelumnya? Berapa berat badan bayi yang paling besar pernah ibu lahirkan?

#### G. Riwayat KB

Ditanyakan apakah klien pernah ikut KB atau tidak, jenis atau metode KB apa yang digunakan, berapa lama menggunakan menggunakan metode KB dari apakah klien mengalami efek samping akibat KB tersebut, bila ya, efek samping apa yang dialami, apa yang dilakukan klien terhadap efek samping tersebut, apa rencana KB klien setelah melahirkan.

#### H. Riwayat kesehatan ibu

Untuk mengetahui bagaimana keadaan kesehatan klien saat ini, apakah klien sedang menderita menular (seperti TBC, kusta) penyakit menurun (jantung, Diabetes, hipertensi, asma, dll).

#### I. Riwayat kesehatan keluarga

Untuk mengetahui apakah dalam keluarga suaminya ada atau tidak yang mempunyai penyakit menurun (seperti DM, HT, asma, dll) penyakit menular TBC, Kusta) serta ada atau tidak yang mempunyai keturunan kembar, bila ada siapa. Perlu dikaji untuk mengetahui penyakit yang diderita keluarga yang dapat menurun atau menular pada ibu sehingga mempengaruhi masa kehamilan.

#### J. Pola hubungan seksual

Mengkaji tentang hubungan seks yang dilakukan saat sebelum hamil maupun hamil.

#### K. Pola nutrisi

Sebelum hamil: Berapa kali ibu makan dalam sehari, bagaimana porsi makannya, dan apa saja menunya, serta adakah tambahan makanan selain nasi.

Selama hamil: Berapa kali ibu makan dalam sehari, bagaimana porsi makannya, dan apa saja menunya, serta adakah tambahan makanan selain nasi. Jumlah tambahan kalori yang dibutuhkan pada ibu hamil adalah 300 kalori per hari, dengan komposisi menu seimbang (cukup

mengandung karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral, air).

#### L. Pola eliminasi

BAB : Berapa kali sehari, warna tinjanya apa, konsistensinyalunak atau keras, ada keluhan atau tidak saat BAB, kalau ada apa keluhannya.

BAK : Berapa kali sehari, warnanya apa, konsistensinya cair, ada keluhan atau tidak saat BAK, kalau ada apa keluhannya.

#### M. Pola istirahat

Sebelum hamil : bagaimana pola kebiasaan istirahat ibu, baik siang maupun malam

Saat hamil : bagaimana pola kebiasaan istirahat ibu, baik siang maupun malam pada kehamilan ini.

#### N. Pola kebersihan diri

Data ini perlu kita kaji karena bagaimanapun juga hal ini akan memengaruhi kesehatan pasien dan bayinya. Jika pasien mempunyai kebiasaan yang kurang baik dalam perawatan kebersihan dirinya, maka bidan harus dapat memberikan bimbingan mengenai cara perawatan kebersihan diri dan bayinya sedini mungkin. Beberapa kebiasaan yang dilakukan dalam perawatan kebersihan diri

diantaranya adalah sebagai berikut: ibu mandi berapa kali sehari, gosok gigi berapa kali sehari, keramas rambut berapa kali sehari, ganti pakayan dalam berapa kali sehari, ganti pakayan luar berapa kali sehari dan memberitahu ibu untuk melakukan perawatan payudara.

### **Data obyektif**

A. Bagaimana keadaan umum penderita, keadaan gizi, kelainan bentuk badan, dan kesadaran.

B. Tanda-tanda vital

TD: tidak boleh mencapai 140/90 mmHg dapat menekankan toxemia gravidarum dan kalau dibawah tekanan darah 80/70 dapat menunjukan tanda-tanda patologi misalnya ibu mengalami anemia.

Nadi : 80-100 kali/menit

Suhu : 36,5-37,5

RR : 16-20 kali/menit

C. Berat badan

Pada akhir kehamilan pertambahan berat badan total adalah 9-12 kg. Bila terdapat kenaikan yang berlebih, perlu diperkirakan adanya resiko bengkak, kehamilan kembar, hidramnion, atau bayi besar.



#### D. Tinggi badan

Tinggi badan kurang dari rata-rata merupakan faktor resiko untuk ibu hamil/bersalin, jika tinggi badan kurang dari 145 cm dimungkinkan ibu memiliki panggul sempit.

#### E. LILA

Lila kurang dari 23,5 cm merupakan indikator kuat untuk status gizi yang kurang /buruk, ibu beresiko untuk melahirkan anak dengan berat badan lahir rendah.

##### 1. Inspeksi

Mengobservasi kulit terhadap warna, perubahan warna, laserasi, lesi terhadap drainase, pola pernafasan terhadap kedalaman dan kesimetrisan, bahasa tubuh, pergerakan dan postur, penggunaan ekstremitas, adanya keterbatasan fisik, dan seterusnya.

##### 2. Palpasi

Palpasi adalah menyentuh atau menekan permukaan luar tubuh dengan jari. Sentuhan: merasakan suatu pembengkakan, mencatat suhu, derajat kelembaban dan tekstur kulit atau menentukan kekuatan kontraksi uterus. Tekanan: menentukan karakter nadi, mengevaluasi edema, memperhatikan posisi janin atau mencubit kulit untuk mengamati turgor.

Maksud pemeriksa raba ialah untuk menentukan: besarnya rahim dan dengan ini menentukan tuanya kehamilan dan menentukan letaknya anak dalam rahim. Selain itu perlu diraba apakah ada tumor-tumor lain dalam rongga perut cysta mioma.

Pemeriksaan tinggi fundus uteri:

- a) Leopold I: Untuk menentukan tinggi fundus dan apa yang teraba pada fundus uteri.
- b) Leopold II: Untuk menentukan dimana letak punggung anak dan bagian ekstermitas janin.
- c) Leopold III: Untuk menentukan apa yang terdapat di bagian bawah dan pada bagian bawah anak sudah atau belum terpegang oleh PAP.
- d) Leopold IV: untuk menentukan apa yang menjadi bagian bawah dan berapa masuknya bagian bawah kedalam rongga panggul.

3. Perkusi adalah melakukan ketukan langsung atau tidak langsung pada permukaan tubuh tertentu untuk memastikan informasi tentang organ atau jaringan yang ada dibawahnya. Menggunakan palu perkusi: ketuk lutut dan amati ada tidaknya refleks atau gerakan pada kaki bawah, memeriksa refleks kulit perut apakah ada kontraksi dinding perut atau tidak.

4. Auskultasi adalah mendengarkan bunyi dalam tubuh dengan bantuan stetoskop maupun Doppler dengan menggambarkan dan menginterpretasikan bunyi yang terdengar.

Mendengar: mendengarkan bunyi denyut jantung janin.

5. Pemeriksaan penunjang:

- a) Pemeriksaan darah: untuk mengetahui HB ibu.
- b) Pemeriksaan urin: dapat dideteksi dengan pemeriksaan urine positif atau tidak positif pada ibu hamil.
- c) Pemeriksaan USG: untuk mengetahui janin yang ada dalam kandungan ibu.

#### **b. Langkah II : Interpretasi Data Dasar**

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik. Rumusan masalah dan diagnosis keduanya digunakan, karena masalahnya tidak dapat didefinisikan seperti diagnosis tetapi tetap membutuhkan penanganan.

Diagnosis kebidanan adalah diagnosis yang ditegakan bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan.

Standar nomenklatur diagnosa kebidanan:

1. Diakui dan telah disahkan oleh profesi.
2. Berhubungan langsung dengan praktik kebidanan
3. Memiliki ciri khas kebidanan.
4. Didukung oleh clinical judgement dalam praktik kebidanan.
5. Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan (Trisnawati, 2016).

**c. Langkah III : Mengidentifikasi Diagnosis Atau Masalah Potensial Dan Mengantisipasi Penanganannya**

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosis atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap - siap mencegah diagnosis atau masalah potensial ini menjadi benar-benar terjadi. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman. Pada langkah ketiga ini Bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial, tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosis potensial tidak terjadi. Sehingga langkah ini benar merupakan langkah yang bersifat antisipasi yang rasional atau logis (Trisnawati, 2016).

**d. Langkah IV : Menetapkan Kebutuhan Terhadap Tindakan Segera Untuk Melakukan Konsultasi, Kolaborasi Dengan Tenaga Kesehatan Lain Berdasarkan Kondisi Klien.**

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter atau tenaga konsultasi atau ditangani bersama dengan tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.

Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi, manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus menerus, misalnya pada waktu wanita tersebut dalam persalinan.

Data baru mungkin saja dikumpulkan dan dievaluasi. Beberapa data mungkin mengidentifikasi situasi yang gawat dimana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu dan anak.

Data yang baru saja dikumpulkan mungkin dapat menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera sementara yang lain harus menunggu intervensi dari seorang dokter. Situasi lainnya tidak merupakan kegawatan tetapi memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter.

Demikian juga bila ditemukan tanda-tanda awal dari preeklampsia, kelainan panggul, adanya penyakit jantung,

diabetes, atau masalah medis yang serius, bidan memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter. Dalam kondisi tertentu, seorang wanita mungkin juga akan memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lain, seperti seorang ahli gizi, atau perawatan klinis bayi baru lahir. Dalam hal ini bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa konsultasi dan kolaborasi yang paling tepat dalam manajemen asuhan kebidanan (Trisnawati, 2016).

**e. Langkah V : Menyusun Rencana Asuhan yang Menyeluruh**

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan dari manajemen terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini, informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi.

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan, tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut, seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi-kultural atau masalah psikologis. Dengan kata lain, asuhan terhadap

wanita tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan setiap aspek asuhan kesehatan. Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua pihak, yaitu oleh bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien juga akan melaksanakan rencana asuhan bersama klien kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya (Trisnawati, 2016).

**f. Langkah VI : Pelaksanaan Langsung Asuhan Dengan Efisien Dan Aman**

Pada langkah keenam ini, rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruh oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walau bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggungjawab untuk mengarahkan pelaksanaannya, misalnya memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana.

Dalam situasi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah tetap bertanggungjawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien

akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatnya mutu dan asuhan klien (Trisnawati, 2016).

#### **g. Langkah VII : Mengevaluasi**

Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya.

Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut efektif sedangkan sebagian belum efektif. Mengingat bahwa proses manajemen asuhan ini merupakan suatu kegiatan yang berkesinambungan, maka perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif melalui manajemen tidak efektif serta melakukan penyesuaian terhadap rencana asuhan tersebut.

Langkah-langkah proses manajemen umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang memengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis, karena proses manajemen tersebut berlangsung dalam situasi klinik dan dua langkah terakhir tergantung pada klien dan situasi klinik, maka tidak mungkin proses manajemen ini dievaluasi dalam tulisan saja (Trisnawati, 2016).



## **2.6. Konsep Asuhan Kebidanan Ketuban Pecah Dini Dan Prolaps Tali**

### **Pusat**

#### **I. Pengkajian (Pengumpulan Data Dasar)**

Pengumpulan atau pengkajian data dasar adalah mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk mengevaluasi keadaan pasien. Merupakan langkah pertama untuk mengumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien.

##### **A. Data Objektif**

##### **1. Biodata yang mencakup identitas pasien**

###### **a. Nama**

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan.

###### **b. Umur**

Umur < 18 tahun dan > 40 lebih tinggi resiko terjadinya ketuban pecah dini.

###### **c. Agama**

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa.

###### **d. Pendidikan**

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga

bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya.

e. Suku/bangsa

Berpengaruh terhadap adat istiadat sehari-hari.

f. Pekerjaan

Ibu yang pekerjaan ibu rumah tangga di bandingkan dengan ibu yang kerja perkantoran lebih tinggi resiko terjadinya ketuban pecah dini karena ibu kelelahan dimana ibu sibuk melakukan aktivitas di rumah.

g. Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah dalam mencari informasi jika terjadi suatu masalah dalam pendokumentasian asuhan kebidanan (Marmi, 2012).

2. Keluhan utama

Ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Keluhan yang dirasakan pada ketuban pecah dini yaitu keluar air-air dari jalan lahir (sujiatini, 2009).

3. Riwayat menstruasi

a. Menarche adalah terjadinya haid pertama kali menarche terjadi pada usia pubertas yaitu usia 12-16 tahun.

b. Hari pertama haid terakhir (HPHT)

HPHT dapat dijabarkan untuk memperhitungkan tanggal tafsiran persalinan. Bila siklus haid kurang lebih 28 hari rumus yang dipakai adalah rumus Neagle yaitu hari +7, bulan -3 tahun +1 (Marmi, 2012).

4. Riwayat perkawinan

Ditanyakan kepada ibu berapa lama dan berapa kali kawin. (Marmi, 2012)

5. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Apakah ada masalah dalam kehamilan dan persalinan sebelumnya ibu yang memiliki riwayat ketuban pecah dini sebelumnya kemungkinan besar dapat terjadi pada kehamilan sekarang (Nugroho, 2010).

6. Riwayat kehamilan sekarang

Dikaji untuk mengetahui apakah pernah pemeriksaan ANC, apakah pernah ada masalah selama kehamilan (perdarahan). Kehamilan yang memiliki riwayat perdarahan, infeksi beresiko terjadinya KPD (Sujiyatini, 2009).

7. Riwayat kesehatan yang lalu / penyakit yang pernah di derita

Riwayat kesehatan yang dikaji untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit akut yang mempunyai pengaruh terhadap persalinan ini.

#### 8. Riwayat penyakit yang pernah diderita oleh keluarga

Riwayat penyakit dalam keluarga di kaji untuk mengidentifikasi gangguan genetik dan kondisi-kondisi yang dapat mempengaruhi status kesehatan wanita dan janin.

#### 9. Riwayat keluarga berencana

Untuk mengetahui apakah pasien pernah menggunakan alat kontrasepsi atau tidak, jenis apa, berapa lama, alasan berhenti, apakah ada keluhan saat menggunakan alat kontrasepsi setelah masa nifas dan jenis apa yang diinginkan.

#### 10. Latar belakang budaya

Dikaji untuk mengetahui kemungkinan pasien dan keluarga menganut adat istiadat yang merugikan atau menguntungkan pasien.

#### 11. Keadaan psikososial

Perubahan psikososial pada trimester 1 yaitu ambivilensi atau ketakutan dan fantasi, pada trimester 2 adanya ketidaknyamanan kehamilan, pada trimester III klien merasa tidak feminim lagi karena perubahan tubuhnya, ketakutan akan kelahiran bayinya.

## 12. Pola aktifitas sehari-hari

### a. Nutrisi

Aspek ini adalah komponen yang penting dalam riwayat perinatal, status nutrisi seorang wanita memiliki efek samping langsung pada pertumbuhan dan perkembangan janin (Marmi, 2012).

### b. Istirahat

Dikaji untuk mengetahui bagaimana pola tidur /istirahat pasien selama hamil.

### c. Eliminasi

Pola eliminasi meliputi BAK dan BAB. Dalam hal ini perlu dikaji terakhir kali ibu BAK dan BAB kandung kemih penuh akan menghambat penurunan bagian terendah janin sehingga dapat sesering mungkin BAK.

### d. Personal hygiene

Data ini perlu dikaji karena bagaimana juga hal ini akan mempengaruhi kesehatan pasien dan bayinya nanti. Jika pasien mempunyai kebiasaan kurang baik dalam perawatan kebersihan dirinya, maka bidan harus dapat memberikan KIE mengenai cara perawatan diri dan bayinya sedini mungkin.

e. Aktivitas sosial

Pada kebanyakan budaya, aktivitas seksual tidak dilarang sampai akhir kehamilan. Akan tetapi riwayat abortus spontan dan perdarahan merupakan peringatan untuk tidak dilakukan koitus dan orgasme (Marmi 2012).

f. Kebiasaan Hidup

Dikaji untuk mengetahui kebiasaan pasien selama kehamilan seperti merokok, minum minuman beralkohol, mengkonsumsi obat terlarang yang dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan janin selama hamil. Kebiasaan hidup yang kurang baik sering berisiko terjadinya KPD (Sujiyatini, 2009).

**B. Data Obyektif**

Data objektif didapatkan melalui pemeriksaan fisik secara inspeksi, palpasi, perkusi, dan pemeriksaan penunjang.

1. Pemeriksaan umum

a. Keadaan umum

Untuk mengetahui keadaan umum pasien cukup dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Pada pasien yang dengan ketuban pecah dini keadaan umum pasien menjadi lemah (Mitiyani, 2009).

b. Kesadaran

Tingkat kesadaran kualitatif terdiri dari komposmentis, apatis, delirium, samnolen, sopor, semi-koma. Pada kasus ketuban pecah dini kesadaran composmentis.

c. Tekanan darah

Tekanan darah diukur untuk mengetahui kemungkinan preeklampsia yaitu apabila tekanan darahnya lebih dari 140 atau 90 mmHg. Pada pasien KPD data yang ditemukan tekanan darahnya masih dalam batas normal (Fadlun, 2011).

d. Nadi

Untuk mengetahui fungsi jantung ibu, normalnya 80-90 kali/menit (Marmi, 2012).

e. Penapasan

Untuk mengetahui fungsi sistem pernapasan normalnya orang dewasa adalah 16 - 24 kali/menit (Marmi, 2012).

f. Berat badan

Kenaikan berat badan pada trimester 1 kurang lebih 1 kg, memasuki trimester II kenaikan berat badan sekitar 3 kg atau 0,3 /minggu (Suryati, 2011).

#### g. LILA

Ukuran lila normal seorang ibu hamil adalah 23,5 cm merupakan indikator untuk memnetukan status gizi pasien tergolong dalam kategori KEK (Kekurangan Energi Kalori), sehingga pasien berisiko melahirkan bayi BBLR (Suryati, 2011).

### 2. Pemeriksaan fisik

Tujuan pemeriksaan fisik adalah untuk menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi serta tingkat kenyamanan fisik ibu bersalin serta mendeteksi dini adanya komplikasi. Informasi dari hasil pemeriksaan fisik dan anamnesis digunakan dalam membuat keputusan klinik (menentukan diagnosa, mengembangkan rencana, pemberian asuhan yang sesuai).

#### a. Inspeksi

##### 1) Muka

Apakah ada oedema atau tidak, sianosis atau tidak

##### 2) Mata

Konjungtiva merah muda, sklera putih.

##### 3) Hidung

Bersih atau tidak, ada polip atau tidak, ada sekret atau tidak

##### 4) Mulut dan gigi

Bersih atau tidak, ada luka atau tidak, ada karies atau tidak

##### 5) Leher

Ada pembesaran kelenjar tiroid atau tidak



6) Dada

Payudara simetris atau tidak, puting bersih dan menonjol atau tidak, hiperpigmentasi atau tidak.

7) Abdomen

Ada bekas sc atau tidak, ada linea atau tidak ada striae atau tidak.

8) Genitalia

Vulva vagina bersih atau tidak, oedema atau tidak, flour albus tidak, ada kemerahan atau tidak, perinium ada luka bekas episiotomi atau tidak,

9) Anus

Anus ada benjolan atau tidak, ada keluar darah atau tidak.

10) Ekstermitas

Ekstermitas dan bawah simetris atau tidak, oedema atau tidak (Marmi, 2012).

b. Palpasi

1. Leher

Ada bendungan vena jugularis atau tidak.

2. Dada

Ada massa atau tidak,

### 3. Abdomen

Leopold 1: dilakukan untuk mengetahui tinggi fundus uteri sesuai usia kehamilan atau tidak, difundus normalnya teraba bagian lunak dan tidak melenting (bokong).

Leopold II: normalnya teraba bagian panjang, keras seperti papan (punggung) pada satu sisi uterus dan pada sisi lain teraba bagian kecil.

Leopold III: Normalnya teraba bagian yang bulat, keras dan melenting pada bagian bawah uterus ibu apakah sudah masuk PAP atau belum.

Leopold IV: dilakukan jika pada leopold III teraba teraba kepala janin sudah masuk PAP. Dilakukan dengan menggunakan paotkan jari penolong dan symphysis ibu, berfungsi untuk mengetahui presentasi (Marmi, 2012).

#### c. Auskultasi

Terdengar denyut jantung janin dibawah pusat ibu (baik kiri atau kanan) normalnya 120-160 kali/menit (Marmi, 2012).

#### d. Perkusi

Terdengar gerakan refleks pada kaki kiri maupun kaki kanan (Marmi, 2012).

### 3. Pemeriksaan penunjang

Data penunjang didapatkan dari hasil pemeriksaan laboratorium. Pemeriksaan laboratorium terdiri dari pemeriksaan darah urin. Pemeriksaan darah dilakukan untuk mengetahui kadar hemoglobin pasien, jika kadar Hb, pasien kurang dari normal maka akan berbayar bagi ibu dan janin yang di kandung. Sedangkan pemeriksaan urin dilakukan untuk menilai protein urin, dan glukosa di dalam urin karena akan menimbulkan komplikasi ibu dan janin.

## II. Interpretasi Data

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi atas data-data yang telah dikumpulkan. Data yang dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik (Estwidani, 2008).

### 1. Diagnosa Kebidanan

Diagnosa kebidanan yang ditegakkan berdasarkan hasil pengkajian yaitu: G..P..A..AH. janin hidup, tunggal, letak kepala, intrauterin, dengan ketuban pecah dini.

G: Gravida    P: partus    A: abortus    AH: anak hidup

### 2. Masalah Kebidanan

Masalah adalah masalah yang berkaitan dengan pengalaman pasien yang ditemukan dari hasil pengkajian

atau yang menyertai diagnosa sesuai dengan keadaan pasien (Varney, 2004). Pada kasus ini kebutuhan yang diberikan adalah motivasi dan KIE tentang ketuban pecah dini.

### **III. Identifikasi masalah potensial**

Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial yang mungkin terjadi. Pada langkah ini diidentifikasi masalah atau diagnosa potensial berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa, hal ini membutuhkan antisipasi terjadinya prolaps tali pusat dan resiko terjadi infeksi (Marmi, 2012).

### **IV. Tindakan Segera**

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi klien (Estiwidani dkk, 2008). Sesuai dengan kondisi pasien yaitu bedrest total, anjurkan ibu untuk tidur miring kiri, observasi TTV dan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi.

### **V. Perencanaan**

Pada langkah ini direncanakan asuhan menyeluruh yang ditentukan sesuai langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi (Estiwidani dkk, 2008). Rencana asuhan yang menyeluruh yaitu bedrest total,

anjurkan ibu untuk tidur miring kiri, observasi TTV dan serta lakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi.

## **VI. Pelaksanaan**

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman (Estiwidani, 2008). Pelaksanaan yang dilakukan menganjurkan kepada ibu untuk bedrest total, menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri, mengobservasi TTV dan DJJ serta melakukan injeksi cefotaxime sesuai dengan instruksi dokter.

## **VII. Evaluasi**

Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi kebutuhan akan bantuan apakah benar - benar telah terpenuhi sesuai kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam diagnosa dan masalah (Estiwidani dkk, 2008).

Mengevaluasi dari keefektifan dari asuhan yang diberikan yaitu seperti hasil asuhan yang diberikan seperti di observasi lanjut dan terjadi prolaps tali pusat dan tindakan selanjutnya yaitu harus melakukan operasi untuk mengesahkan komplikasi lain yang akan terjadi.

### **3.1. Desain Penelitian dan Rancangan Penelitian**

#### **3.1.1. Desain Penelitian**

Desain penelitian merupakan bentuk rancangan yang digunakan dalam melakukan prosedur penelitian. Desain penelitian yang umumnya digunakan adalah rancangan penelitian deskriptif (korelasi, cross sectional), rancangan observasional (case control, kohort), dan rancangan intervensi atau eksperimen (preexperimental, true experimental, dan quasi experimental) (Hidayat, 2012). Penelitian ini merupakan laporan studi kasus dengan metode deskriptif yaitu suatu metode yang dilakukan dengan tujuan utama untuk memaparkan atau membuat gambaran tentang studi keadaan secara objektif. Studi kasus merupakan rancangan penelitian secara intensif misalnya satu klien, keluarga, kelompok, komunitas, atau institusi. Meskipun jumlah subjek cenderung sedikit namun variabel yang diteliti sangat luas. Oleh karena itu sangat penting untuk mengetahui semua variabel yang berhubungan dengan masalah penelitian (Hidayat, 2012).

#### **3.1.2. Rancangan Penelitian**

Rancangan penelitian deskriptif bertujuan untuk menerangkan atau menggambarkan masalah penelitian yang terjadi berdasarkan karakteristik tempat, waktu, umur, jenis kelamin, sosial ekonomi,

pekerjaan, status perkawinan, cara hidup (pola hidup), dan lain-lain. Atau dengan kata lain rancangan ini mendeskripsikan seperangkat peristiwa atau kondisi populasi saat itu. Deskripsi tersebut dapat terjadi pada lingkungan individu disuatu daerah tertentu, atau lingkup kelompok pada masyarakat disaerah tertentu (Hidayat, 2012).

### **3.2. Populasi ampel dan Sampling**

#### **3.2.1. Populasi**

Populasi menurut Notoadmojo adalah keseluruhan obyek penelitian atau obyek yang diteliti (Setiadi, 2007). Populasi pada penelitian ini adalah ibu hamil yang sedang dirawat di ruangan Sasando, RSUD Prof. W.Z.Johannes Kupang.

#### **3.2.2. Sampel**

Sampel terjemahan dari bahasa Inggris *sample* yang artinya comotan atau mengambil sebagian dari yang banyak (*studi population*). Sampel merupakan subset yang di cuplik dari populasi yang akan diamati dan diukur peneliti. Peneliti tidak mungkin meneliti langsung populasi yang luas, mengingat keterbatasan dana, waktu dan tenaga, maka perlu mengambil sampel. Sampel yang diambil harus betul-betul mewakili populasinya (representatif) karena data dan kesimpulan dari peneliti terhadap sampel yang representatif akan dapat menggambarkan dengan tepat keadaan sebenarnya dari populasi (Sulistyaningsih, 2011)

Sampel dari penelitian ini adalah seorang ibu primigravida dengan KPD di Ruang Sasando RSUD Prof. W. Z. Johannes Kupang.

### **3.2.3. Sampling**

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi. Teknik sampling merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel, agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian (Nursalam, 2016)

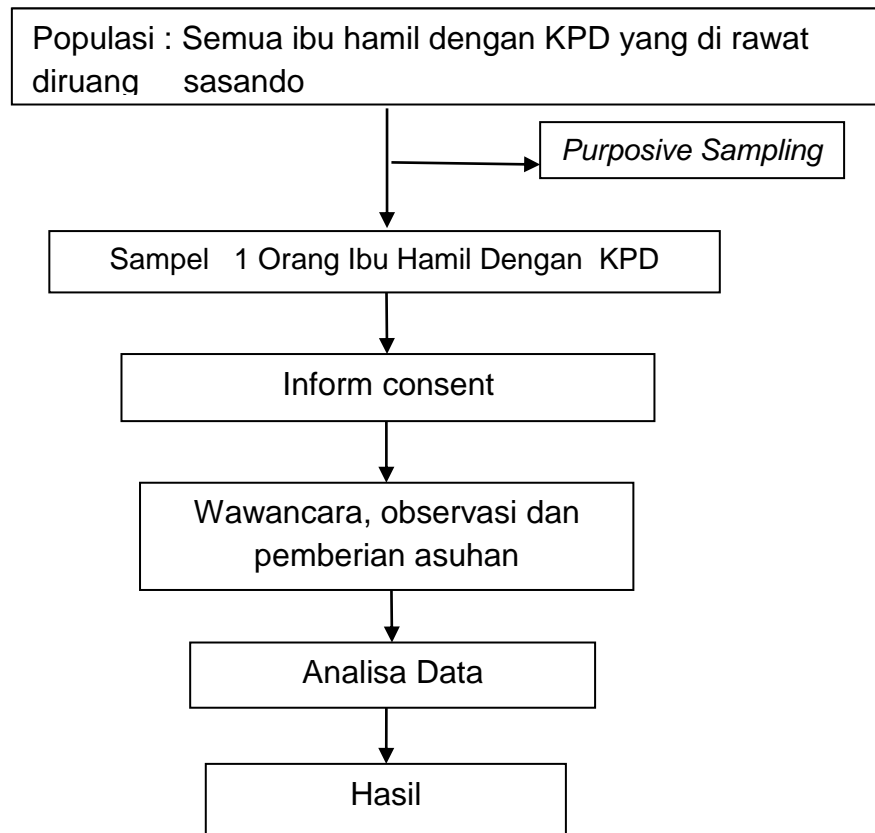
Teknik sampling yang digunakan adalah *nonprobability sampling* dengan teknik *purposive sampling* yaitu dengan cara peneliti memilih responden berdasarkan pada pertimbangan subyektif dan praktis, bahwa responden tersebut dapat memberikan informasi yang memadai untuk menjawab pertanyaan penelitian (Nursalam, 2016)

### **3.3. Kerangka Kerja**

Kerangka kerja adalah tahapan atau langkah-langkah kegiatan penelitian yang akan dilakukan untuk mengumpulkan data yang diteliti untuk mencapai tujuan penelitian (Setiadi, 2007).



Kerangka kerja dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 3.2 Kerangka kerja penelitian studi kasus ibu primigravida dengan KPD dan Prolaps Tali Pusat.

### 3.4. Pengumpulan Data dan Analisa Data

#### 3.4.1. Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan kegiatan penelitian untuk mengumpulkan data. Sebelum melakukan pengumpulan data, perlu dilihat alat ukur pengumpulan data agar dapat memperkuat hasil penelitian. Alat ukur pengumpulan data tersebut antara lain dapat

berupa kuesioner/angket, observasi, wawancara, atau gabungan kegiatannya (Hidayat, 2012).

Teknik pengumpulan data yang digunakan penulis adalah:

#### 1. Data Primer

Data primer adalah materi atau kumpulan fakta yang dikumpulkan sendiri oleh peneliti pada saat berlangsung suatu penelitian (Nursalam, 2011). Data primer diperoleh melalui pertanyaan tertulis dengan menggunakan kuesioner atau lisan dengan menggunakan metode wawancara (Jonathan, 2006).

Data primer didapat dari pasien.

#### 2. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari pemeriksaan fisik atau terapi diperoleh dari keterangan keluarga dan lingkungannya, mempelajari status dan dokumentasi pasien, catatan dalam kebidanan dan studi kasus (Notoatmodjo, 2005).

Data sekunder didapat dari hasil pemeriksaan.

### 3.4.2. Proses Pengumpulan Data

Setelah mendapatkan izin untuk mengambil studi kasus di Ruang Sasando RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang, peneliti mengadakan pendekatan dengan calon responden dengan memberikan inform consent. Setelah mendapat persetujuan dari responden, peneliti melakukan pengumpulan data dengan melakukan wawancara dengan pasien dan observasi secara

langsung. Kemudian penulis melakukan pengumpulan data melalui wawancara dan observasi, lalu data yang diperoleh tersebut kemudian diolah dan dianalisa.

#### **3.4.3. Instrumen Pengumpulan Data**

Instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu lembar pengkajian untuk wawancara dan observasi. Wawancara merupakan metode pengumpulan data dengan cara mewawancarai langsung. Metode ini dapat dilakukan apabila peneliti ingin mengetahui hal – hal dari responden secara mendalam. Observasi merupakan cara pengumpulan data dengan mengadakan melakukan penelitian untuk mencari perubahan atau hal – hal yang akan diteliti (Hidayat, 2012).

Lembar pengkajian terdiri dari data subjektif dan obyektif. Untuk mendapatkan data subjektif maka dilakukan anamnesa atau wawancara dengan pasien atau keluarga dengan beberapa pertanyaan, sedangkan data objektif dilakukan observasi secara langsung pada pasien.

#### **3.4.4. Lokasi dan Waktu Penelitian**

Lokasi merupakan tempat pengambilan kasus dilaksanakan (Notoatmodjo, 2010). Studi kasus ini dilaksanakan di Ruang Sasando RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang.

#### **3.4.5. Analisa Data**

Analisa data secara kualitatif.

### 3.5. Etika Penelitian

Masalah penelitian kebidanan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian kebidanan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika yang harus diperhatikan antara lain:

#### 1. Lembar persetujuan (*informed consent*)

*Informed consent* merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia maka peneliti harus menghormati hak pasien. Beberapa informasi yang harus ada dalam *informed consent* tersebut antara lain partisipasi pasien, tujuan dilakukannya tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi, dan lain - lain (Hidayat, 2012).

#### 2. Tanpa nama (anonim)

Masalah etika kebidanan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan

cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan (Hidayat, 2012).

### 3. Kerahasiaan (confidentialy)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil penelitian (Hidayat, 2012).

## **BAB IV**

### **TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1. Gambaran Lokasi Penelitian**

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Prof. Dr. W.Z. Johannes kupang adalah rumah sakit tipe B yang memberikan pelayanan kedokteran spesialis dan sub-spesialis dan menerima pelayanan rujukan dari rumah sakit kabupaten di seluruh Propinsi Nusa Tenggara Timur. Penelitian dilaksanakan di ruang Sasando (Nifas) RSUD Prof. W.Z. Johannes Kupang sejak tanggal 22 april sampai 26 april 2016.

Jumlah tenaga bidan yang dinas di Ruang Sasando sesuai sift jaga sebanyak 4-5 orang orang bidan pergiliran jaga setiap harinya dengan menggunakan 3 giliran (sift) jaga. Giliran pagi dimulai dari pukul 07.00 wita sampai pukul 14.00 wita, siang di mulai pada pukul pukul 14.00 wita sampai 21.00 wita, dan malam pukul 21.00 wita sampai 07.00 wita. Fasilitas yang tersedia di ruang sasando RSUD Dr. W.Z. Johannes Kupang yaitu 13 ruangan yaitu: Ruangan (Ruangan kepala Ruangan, ruang ganti petugas, ruang pasien yang terdiri dari 9 kamar yang masing masing ruangan terdapat 1 tempat tidur dan 1 kamar mandi), ruang obat-obatan, dan dapur.

## 4.2. TINJAUAN KASUS

### 4.2.1. Pengkajian

Tanggal pengkajian :22-04-2016

Oleh mahasiswa :Yosevina Moi Roga

Nim : 132111095

Jam :09.00 wita

#### a. Data subyektif

Nama ibu : Ny. I.T Suami : Tn. F.E.T

Umur : 28 tahun Umur :30 tahun

Agama :Protestan Agama : Protestan

Alamat :Soe (Oekafan) Alamat : Soe

Pendidikan :SMA Pendidikan :S1

Pekerjaan :IRT Pekerjaan : PNS

Berdasarkan data yang diberikan, pasien rujukan dari soe, dengan keluhan keluar air-air dari jalan lahir sejak tanggal 17-04-2016, perut tidak terasa kencang-kencang dan tidak ada keluar lendir dan darah.

Ibu mengatakan haid pertama kali pada umur 14 tahun, dengan siklus 28 hari, lamanya haid 3-5 hari, sifat darah encer ada nyeri pinggang dan perut bagian bawah

sewaktu haid. Serta hari Pertama Haid Terakhir Ibu adalah 28-08-2015, tafsiran persalinan pada tanggal 04-06-2016.

Ibu mengatakan sudah menikah syah pada umur 27 tahun, dan ibu sudah menikah selama 1 tahun. Ibu juga mengatakan belum pernah menggunakan metode kontrasepsi. Ibu mengatakan selama hamil ini ibu sudah memeriksakan kehamilannya sebanyak 4 kali, di puskesmas soe, dan pada trimester pertama ibu mengeluh mual muntah dan terapi yang diberikan antasida dan B6. Dan trimester II dan III tidak ada keluhan dan terapi yang diberikan SF, kalk, dan Vit C. Ibu mengatakan sudah pernah mendapat imunisasi TT sebanyak 2 kali pada TT 1 pada tanggal 17-12-2015 dan TT2 pada tanggal 19-01-2016. Ibu mengatakan merasakan pergerakan janin pada umur kehamilan 4 bulan. Ibu dan keluarga mengatakan tidak pernah menderita penyakit seperti jantung, diabetes, hipertensi, malaria, ginjal dan lain-lain.

Ibu mengatakan bahwa ia dan keluarga senang dengan kehamilan ini, karena kehamilan ini sudah direncanakan dan suami selalu mendampingi ibu pada saat memeriksakan kehamilannya. Tempat dan penolong yang diinginkan untuk menolong persalinan yaitu puskesmas dan bidan yang menolong dan beban kerja yang dilakukan oleh



ibu setiap hari seperti mencuci memasak menyapu dan lain-lain. Ibu mengatakan jenis kelamin yang diharapkan perempuan atau laki-laki sama saja. Ibu juga mengatakan tidak pernah merokok, mengkonsumsi obat-obat terlarang, minum kopi. Ibu juga mengatakan selama hamil ini ibu dan suami melakukan hubungan seksual 2 kali perbulan, dan terakhir pada tanggal 14-04-2016.

**b. Data Obyektif**

Pemeriksaan umum didapatkan bahwa keadaan umum ibu lemah, kesadaran komposmentis, bentuk tubuh lordosis, ekspresi wajah :tidak ceria. Tanda- tanda vital : TD: 110/70 mmHg, N:85 kali/menit, S:36,5 °C, RR:20 kali/menit, berat badan, 54 kg, Lila 24 cm.

Hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan melalui (inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi). Kepala bersih wa tidak ada benjolan, rambut bersih tidak ada ketombe, wajah tidak pucat, dan tidak ada oedema, konjungtiva merah muda, sklera putih, mukosa bibir lembab, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe, tidak ada pembendungan vena jugularis, dan tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, payudara bentuk simetris, ada hiperpigmentasi pada aerola mammae, puting susu menonjol sudah ada kolostrum, abdomen tidak ada luka bekas operasi, ada striae dan ada linea nigra. Pada

pemeriksaan palpasi, TFU 3 jari bawah Px, pada fundus teraba lunak, agak bundar dan tidak melenting (bokong), Leopold II: Pada perut ibu bagian kanan teraba keras dan datar seperti papan (punggung), pada perut bagian kiri teraba bagian terkecil janin. (PU-KA), Leopold III: Pada perut ibu bagian bawah teraba keras, bundar, melenting (kepala), Leopold IV: Kepala belum masuk PAP (konvergen). TFU menurut Mc Donald: 26 cm, TBBJ: 2170 gram. DJJ (+) Terdengar jelas, kuat, dan teratur dengan frekuensi 153 kali/menit dibagian kanan bawah pusat ibu, menggunakan dopler. Ekstermitas tidak ada oedema dan varises.

#### **4.2.2. Analisa Masalah Dan Diagnosa**

Dari hasil pengkajian data subyektif dan data obyektif diatas dilakukan interpretasi dan didapatkan diagnosa kebidanan G1 P0 A0 AH0, usia kehamilan 34 minggu , janin hidup, tunggal, letak kepala, intrauterin, dengan ketuban pecah dini. Pada kasus Ny. I.T. didapatkan masalah cemas pada keadaan janin karena ketuban sudah pecah.

#### **4.2.3. Antisipasi Masalah Potensial**

Dari hasil analisa diagnosa dan masalah maka dapat ditegakkan antisipasi masalah potensial yang akan terjadi pada ibu dengan KPD yaitu resiko terjadi prolaps tali pusat dan resiko terjadi infeksi .

#### **4.2.4. Tindakan Segera**

Tindakan segera dilakukan berdasarkan antisipasi masalah potensial yang terjadi pada ibu dengan KPD yaitu bedrest total, tidur miring kiri dan melakukan kolaborasi dengan dokter SpoG untuk pemberian terapi. Advis dokter lakukan injeksi cefotaxime (tiap 1 gram cefotaxime setara dengan 1000 mg di aplos dengan aquadest 4 cc), jadi dosis 5 cc.

#### **4.2.5. Perencanaan**

Berdasarkan diagnosa Ny. I.T G1P0A0AH0, usia kehamilan 34 minggu, janin hidup, tunggal, letak kepala, intrauterin, dengan ketuban pecah dini yang ditetapkan dapat dirumuskan perencanaan sesuai kebutuhan dan kondisi ibu yaitu

1. Lakukan pendekatan pada ibu dan keluarga.

R/ Pendekatan merupakan cara yang baik untuk menjalin hubungan baik dan saling percaya antara ibu dan petugas kesehatan.

2. Informasikan kepada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan.

R/ Informasi yang jelas merupakan hak ibu dan agar ibu lebih kooperatif terhadap tindakan yang dilakukan.

3. Lakukan observasi TTV

R/ Observasi yang baik dan teratur membantu memantau keadaan pasien dan mengidentifikasi komplikasi yang mungkin akan terjadi.

4. Observasi DJJ janin,

R/ Observasi yang baik dan teratur membantu memantau keadaan janin dan mengidentifikasi komplikasi yang mungkin akan terjadi.

5. Anjurkan ibu untuk tidur miring kiri,.

R/ Tidur miring kiri mengurangi tekanan pada vena cavainferior sehingga tidak mengganggu aliran darah dan sirkulasi O<sub>2</sub> dari ibu kejanin.

6. Anjurkan ibu untuk tetap makan dan minum.

R/ Nutrisi yang adekuat dapat membantu pemenuhan kebutuhan ibu dan janin.

7. Lakukan injeksi cefotaxime sesuai dengan instruksi dokter.

R/ Cefotaxime merupakan obat kelas antibiotik bernama cephalosporin, antibiotic ini bekerja menghentikan pertumbuhan bakteri. Cara pemberiannya sebaiknya mealui intravena, tiap pemberian 1 gram cefotaxime memerlukan aquadest

sekurang-kurangnya 4 ml dan larutan injeksi harus disuntikan perlahan-lahan selama 3-5 menit.

8. Dokumentasi hasil pemeriksaan dan tindakan.

R/ Dokumentasi digunakan sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat atas asuhan yang dilakukan.

Masalah :

1. Ibu cemas dengan keadaan janin

Beri dukungan dan motivasi kepada ibu dan KIE tentang ketuban pecah dini.

R/ Motivasi dan KIE yang baik dapat mengurangi kecemasan ibu pada keadaan janinnya.

#### **4.2.6. Pelaksanaan**

Berdasarkan perencanaan di atas dilakukan pelaksanaan tindakan disesuaikan dengan kondisi ibu. Asuhan yang diberikan pada Ny. I.T. G1P0A0AH0, usia kehamian 34 minggu, usia kehamilan 34 minggu, janin hidup, tunggal, letak kepala, intrauterin, dengan ketuban pecah dini pada tanggal 22-04-2016 jam 09.00 wita yaitu:

1. Melakukan pendekatan dengan ibu dan keluarga

M/ Sudah terjalin hubungan baik antara ibu dan petugas kesehatan.

2. Menginformasikan kepada ibu tentang kondisinya  
M/ Ibu mengerti dan memahami tentang kondisinya.
3. Melakukan observasi TTV yaitu TD: 100/70 mmHg, Nadi: 84x/menit, RR: 20x/menit, S:36,7<sup>0</sup>c  
M/ Ibu dan keluarga mengerti dan menerima informasi yang diberikan.
4. Mengobservasi DJJ janin, DJJ 150 x/menit  
M/ DJJ dalam batas normal
5. Menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri  
M/ Ibu menerima anjuran yang diberikan dan bersedia tidur miring kiri.
6. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum  
M/ Ibu telah makan dan minum, melakukan injeksi cefotaxime, sesuai dengan instruksi dokter dokter (tiap 1 gram cefotaxime setara dengan 1000 mg di oplos dengan aquadest 4 cc) telah dilakukan injeksi cefotaxime 1 gr/ IV.
7. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan pada buku register.  
M/ Telah didokumentasikan hasil pemeriksaan pada buku register.

Masalah :

1. Ibu cemas dengan keadaan janin

Memberi dukungan, motivasi dan KIE kepada ibu tentang ketuban pecah dini

#### **4.2.7. Evaluasi**

Evaluasi dilakukan pada Ny. I.T G1 P0 A0 AH0 dengan ketuban pecah dini yaitu sudah terjalin hubungan baik antara ibu dan petugas kesehatan, ibu mengerti dan telah memahami tentang kondisinya, hasil pemeriksaan dalam batas normal, DJJ dalam batas normal, ibu telah tidur miring kiri, ibu telah makan dan minum, telah diinjeksi cefotaxime sesuai dengan instruksi dokter. Dan dilakukan observasi lebih lanjut, setelah di observasi lebih lanjut dan melakukan USG pada tanggal 23-04-2016, terjadi prolaps tali pusat. Pemeriksaan dalam: VT: Vulva/Vagina: Tidak ada kelainan, portio tebal, KK (-), teraba tali pusat, bagian terendah janin kepala. Pukul 12.20 wita, melakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian tindakan, telah dilakukan kolaborasi dengan dokter dan hasilnya segera dilakukan terminasi kehamilan dengan seksio sesarea.

Pukul 12.30 wita menginformasikan kepada ibu dan keluarga bahwa setelah dilakukan USG terjadi prolaps tali pusat dan harus segera dioperasi, keluarga mengerti dan

menyetujui untuk segera di operasi. Pukul 12.40 wita, meminta keluarga untuk menandatangani surat persetujuan dilakukan seksio sesarea, suami telah menandatangani surat persetujuan. Pukul 12.50 wita, melakukan observasi DJJ, DJJ dalam batas normal, 150 kali/menit. Pukul 13.00 wita melakukan persiapan seksio sesarea, persiapan diruang Sasando, mengganti pakayan ibu dengan pakayan operasi, memasang infus RL 500 cc (20 tetes/menit). Melakukan skin test cefotaxime (reaksi negatif). Melakukan injeksi cefotaxime 2 gram/ IV, memasang dower kateter, mengatur ibu untuk posisi trendelenbrec. Pukul 14.00 wita, mengantar ibu keruang operasi. Pukul 14.00 wita, mengantarkan ibu untuk keruang operasi.

Pukul 16.30 wita, pasien keluar dari ruang operasi dalam keadaan sadar, terpasang infuse RL drip oxitosin 10 IU (20 tetes/menit). Dan bypass D5% drip analgetik (20 tetes/menit), terpasang DC tertampung urin (300 cc). keadaan umum ibu baik, TTV: 100/80 mmHg, RR:19 kali/menit, S:36,8 °C, N: 83 kali/menit. Kontraksi uterus baik, TFU :setinggi pusat, PPV (+), lochea rubra. Primigravida dengan Ketuban Pecah Dini dan Prolaps Tali Pusat, atas tindakan SC.



Tanggal 23-04-2016 pukul 16.00 wita, bayi lahir hidup, jenis kelamin perempuan, berat badan: 1900 gram, panjang badan: 40 cm, lingkar kepala: 30 cm, lingkar dada: 28 cm, lingkar perut 26 cm. Ibu segera dipindahkan keruang nifas (Sasando). Pukul 16.45 wita, ibu mengatakan nyeri pada luka operasi, obyektif, keadaan umum baik, kesadaran composmentis, mengobservasi TTV: 110/80 mmHg, S: 36,9 0C, N:84 kali/menit, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, TFU 2 jari bawah pusat, lochea rubra, Assesment, post SC 2 jam atas indikasi ketuban pecah dini dan prolaps tali pusat. Penatalaksanaan infuse RL drip oksitosin 10 IU terpasang di tangan kanan dengan (20 tetes/menit), dan infuse analgetik dengan (20 tetes/menit).

Hasil evaluasi ibu sudah dapat menggerakkan kaki dan tangan. Dan ibu sudah minum sedikit setelah 6 jam pasca bedah dan ibu sudah dapat makan bubur. Dilepaskan kateter sudah dilepaskan dalam 24 jam pasca bedah. Dan pasien sudah pulang pada tanggal 26-04-2016 setelah dirawat 4 hari di ruang nifas. Dan ibu sudah dianjurkan untuk kontrol ulang pada tanggal 30-04-2016.

### **4.3. Pembahasan**

Pada bagian ini, penulis akan membahas tentang kasus Primigravida dengan Ketuban Pecah Dini Dan prolaps Tali Pusat pada Ny. I.T. di Ruang Sasando RSUD Prof. DR. W.Z. Johannes Kupang

#### **4.3.1. Pengkajian**

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data dilakukan anamnese, pemeriksaan fisik sesuai kebutuhan (Estiwidani, 2008).

##### **a. Data Subyektif**

Pada pengkajian data diperoleh data subyektif, pada Ny. I.T. pasien rujukan dari soe, dengan keluhan, ibu hamil anak pertama, tidak pernah keguguran, belum pernah melahirkan dan ibu mengeluh keluar air-air dari jalan lahir sejak tanggal 17-04-2016, pada pukul 06.00 wita, perut tidak terasa kencang-kencang dan tidak ada keluar lendir dan darah. Hal ini sesuai dengan Sujiyatini (2009), pada ketuban pecah dini penderita merasa basah pada vagina, atau mengeluarkan cairan yang banyak secara tiba-tiba dari jalan lahir, keluarnya cairan tersebut

terjadi pada saat his belum teratur atau belum ada his dan belum ada pengeluaran lender dan darah.

#### **b. Data Obyektif**

Pada pengkajian data objektif didapatkan adanya pengeluaran air-air dari jalan lahir. Hal ini sesuai dengan Sujiyatini 2009, pada ketuban pecah dini pengamatan dengan mata biasanya akan tampak keluarnya cairan dari vagina dan bila ketuban baru pecah jumlah air yang keluar masih banyak pemeriksaan ini akan lebih jelas.

### **4.3.2. Analisa Masalah Dan Diagnosa**

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi atas data-data yang telah dikumpulkan. Data yang dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik (Estwidani, 2008).

#### **a. Diagnosa Kebidanan**

Pada kasus Ny. I.T. diagnosis yang ditegakan yaitu . G1P0A0AH0, usia kehamilan 34 minggu, usia kehamilan 34 minggu, janin hidup, tunggal, letak kepala, intrauterin, dengan ketuban pecah dini. G (Gravida) adalah jumlah kehamilan yang dialami oleh wanita, diikuti oleh jumlah seluruh kehamilan termasuk kehamilan ini. P (Para) jumlah seluruh kehamilan yang diakhiri dengan

kelahiran janin yang memenuhi syarat untuk melangsungkan kehidupan (28 minggu atau 100 gram). Abortus (Abortus) adalah jumlah kehamilan yang diakhiri dengan abortus spontan atau terinduksi pada usia kehamilan sebelum 20 minggu atau memiliki berat kurang dari 500 gram. Usia kehamilan dihitung dari HPHT sampai dengan hari atau tanggal masuk bersalin. Janin hidup ditentukan dari pergerakan janin dan hasil pemeriksaan melalui auskultasi. Janin tunggal ditentukan dari hasil pemeriksaan melalui palpasi. Intrauterin ditentukan oleh kehamilan ibu berada diintrauteri bukan diekstrauteri. Menurut Sujatini (2009). Kriteria menentukan diagnosa Ketuban Pecah Dini yaitu: Penderita merasa basah pada vagina, atau mengeluarkan cairan yang banyak secara tiba – tiba dari jalan lahir, keluarnya cairan tersebut his belum teratur atau belum ada dan belum ada pengeluaran lendir darah.

Pada pengkajian data subjektif didapatkan Ny. I.T. Hamil anak pertama, belum pernah melahirkan, tidak pernah keguguran, mengeluh keluar air-air, tidak ada kencang kencang diperut dan tidak ada keluar lendir dan darah dari jalan lahir. Data objektif didapatkan ada pengeluaran pervaginam berupa air-air.

b. Masalah Kebidanan

Pada kasus ini didapatkan juga ibu merasa cemas dengan keadaan janinnya. Hal ini sesuai dengan Salmah dkk (2006), masalah yang timbul pada ibu hamil dengan ketuban pecah dini yaitu merasa cemas atau khawatir dengan keadaan janin.

**4.3.3. Antisipasi Masalah Potensial**

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah diidentifikasi ( Estiwidani dkk, 2008).

Pada kasus Ny.I.T. diagnosa potensial yang ditegakan adalah resiko terjadi prolaps tali pusat dan resiko terjadi infeksi. Hal ini sesuai dengan Marmi (2011), diagnosa atau masalah potensial diidentifikasi berdasarkan diagnosis atau masalah yang telah teridentifikasi yaitu pada Resiko terjadi prolaps funikuli atau penurunan tali pusat, resiko terjadi infeksi.

**4.3.4. Tindakan Segera**

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk di konsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi

klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan (Estiwidani dkk, 2008).

Menurut Nugroho (2012) pada kasus primigravida dengan ketuban pecah dini penanganan yang sesuai adalah istirahat total, pasien di baringkan tidur miring kiri, kolaborasi dengan dokter pemberian antibiotik.

Tindakan segera yang dilakukan pada Ny. I.T. istirahat total, pasien dibaringkan tidur miring kiri. Hal ini sesuai dengan Prawirohardjo (2008), pasien diposisikan tidur miring kiri untuk memperbaiki sirkulasi plasenta dan meningkatkan arus darah tali pusat sehingga janin mendapatkan oksigen yang cukup. Melakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi dan tindakan selanjutnya. Berdasarkan penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa tindakan yang dilakukan sudah sesuai.

#### **4.3.5. Perencanaan**

Pada langkah ini direncanakan asuhan menyeluruh yang ditentukan sesuai langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi (Estiwidani, dkk, 2008).

Perencanaan tindakan yang diberikan pada Ny. I.T . Observasi keadaan umum, hal ini sesuai dengan Sudarti

(2010). Pemeriksaan umum untuk mengetahui keadaan umum pasien. Observasi DJJ hal ini sesuai dengan Prawirohardjo (2008), untuk mengetahui kesejahteraan janin. Mengatur posisi ibu tidur miring kiri hal ini sesuai dengan Prawirohardjo (2008), posisi tidur miring kiri untuk sirkulasi darah ke plasenta. Kolaborasi dengan dokter, karena terapi dan tindakan selanjutnya merupakan wewenang dokter hal ini sesuai dengan Prawirohardjo (2008), Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi dan tindakan lebih lanjut.

#### **4.3.6. Pelaksanaan**

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (Estiwidani dkk, 2008).

Pelaksanaan asuhan kebidanan telah dilakukan berdasarkan perencanaan asuhan yang telah dibuat. Menganjurkan ibu untuk istirahat total, menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri, melakukan observasi TTV dan DJJ. menginjeksi cefotaxime 1 gr/IV, sesuai dengan instruksi

dokter. Pada langkah keenam ini tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik.

#### **4.3.7. Evaluasi**

Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi kebutuhan akan bantuan apakah benar- benar telah terpenuhi sesuai kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam diagnosa dan masalah (Estiwidani dkk, 2008).

Pada Ny. I.T. dengan ketuban pecah dini setelah dilakukan USG dan ditemukan adanya prolaps tali pusat. Prolaps tali pusat merupakan keadaan tali pusat ada disamping atau di bawah bagian terendah janin. Prolaps tali pusat ini dapat terjadi kapan saja ketika ketuban pecah khususnya jika kepala belum masuk PAP. Prolaps tali pusat merupakan keadaan emergensi yang memerlukan tindakan segera untuk menyelamatkan janin yaitu melakukan kolaborasi dengan dokter dan tim kesehatan lainnya untuk terminasi kehamilan dengan Seksio Cesarea. Hal ini sesuai dengan Prawirohardjo (2009), ditemukannya prolaps tali pusat di perlukan tindakan yang cepat. Terapi definitif adalah melahirkan janin dengan segera. Penilaian yang cepat sangat penting untuk menentukan sikap terbaik yang akan diambil. Persalinan pervaginam segera hanya mungkin bila



pembukaan lengkap, bagian terendah janin telah masuk panggul, dan tidak ada CPD. Bahaya terhadap ibu dan janin akan berkurang bila dilakukan seksio sesarea dari pada persalinan pervaginam yang dipaksakan pada pembukaan yang belum lengkap. Sambil menunggu persiapan seksio sesarea, tekanan pada tali pusat oleh bagian terendah janin dapat di minimalisasi dengan posisi knee chest, trendelenburg, atau posisi sim.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **5.1.KESIMPULAN**

Setelah penulis melakukan asuhan kebidanan pada primigravida dengan ketuban pecah dini dan prolaps tali pusat di ruang sasando RSUD Prof. W.Z. Johannes Kupang maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pada pengkajian Ny.I.T Primigravida dengan ketuban pecah dini, di peroleh data subyektif ibu berumur 28 tahun mengatakan ini merupakan kehamilan pertamanya. Rujukan dari Soe, mengeluh keluar air-air dari jalan lahir sejak tanggal 17 April 2016 Pemeriksaan sebagai data obyektif yaitu hasil pemeriksaan air ketuban masih merembes keluar.
2. Analisa masalah dan diagnosa yaitu primigravida dengan ketuban pecah dini
3. Antisipasi masalah potensial yang mungkin terjadi adalah resiko terjadi prolaps tali pusat, resiko terjadi infeksi.
4. Tindakan segera yang dapat diberikan pada primigravida dengan ketuban pecah dini adalah bedrest total, tidur miring kiri, melakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian tindakan.
5. Perencanaan yang diberikan pada primigravida dengan ketuban pecah dini adalah istirahat total, tidur miring kiri, observasi keadaan ibu dan janin.

6. Pelaksanaan yang diberikan pada primigravida dengan ketuban pecah dini adalah menganjurkan ibu untuk istirahat total, menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri, dan mengobservasi keadaan ibu dan janin.
7. Evaluasi pada Primigravida dengan ketuban pecah Dini setelah diobservasi lebih lanjut dalam catatan perkembangan yaitu terjadi prolaps tali pusat yang menyebabkan persalinan diakhiri dengan operasi Sc, sehingga dapat meminimalkan resiko komplikasi yang mungkin terjadi.
8. Pada kasus primigravida dengan ketuban pecah dini dan prolaps tali pusat tidak ada kesenjangan antara teori dan praktik yang terjadi dilapangan.

## **5.2.SARAN**

### **1. Bagi penulis**

Diharapkan peneliti lebih memahami asuhan kebidanan kebidanan pada kasus primigravida dengan Ketuban Pecah Dini dengan prolaps tali pusat.

### **2. Bagi institusi pendidikan**

Diharapkan institusi pendidikan dapat menggunakan studi kasus ini sebagai referensi bagi mahasiswa tentang asuhan kebidanan pada kasus primigravida dengan Ketuban Pecah Dini dengan prolaps tali pusat.

### 3. Bagi Tempat Penelitian

Diharapkan dengan adanya kasus ini dapat menjadi gambaran informasi sehingga dapat meningkatkan asuhan kebidanan pada primigravida dengan Ketuban Pecah Dini dengan prolaps tali pusat.

### 4. Bagi Masyarakat

Diharapkan dengan adanya kasus ini masyarakat khususnya ibu-ibu hamil lebih meningkatkan kunjungan antenatal agar mendeteksi dini komplikasi-komplikasi yang akan terjadi.

## DAFTAR PUSTAKA

- Dutton, dkk, 2011. *Rujukan Cepat Kebidanan*. Jakarta. EGC
- Estiwidani, dkk. 2008. *Konsep Kebidanan*. Yogyakarta. Fitramaya
- Fadlun, Feryanto Achmad. 2012 *Asuhan kebidanan patologis*. Jakarta. Salemba Medika.
- Hani dkk, 2010. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Fisiologis*. Jakarta. Salemba Medika.
- Hidayat ,Alimul. 2012. *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta. Salemba Medika.
- Krisnadi, dkk, 2009. *Prematuritas*. Bandung. PT. Refika Aditama..
- Marmi, dkk, 2011. *Asuhan Kebidanan Patologi*. Jakarta. Pustaka Pelajar.
- Mochtar, Rustam 1998. *Sinopsis Obstetrik Ed. 2*. Jakarta; EGC
- Nugroho, taufan, 2010. *Kasus Emergency Kebidanan Untuk Kebidanan Dan Keperawatan*. Yogyakarta. NuhaMedika.
- Oxorn, Harry dan Forte William. 2010. *Ilmu Kebidanan Patologi dan Fisiologi Persalinan*. Yogyakarta .Perpustakaan Nasional.
- Prawirohardjo, Sarwono 2009. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta. PT. BinaPustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Saiffudin, 2009. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Sujiyatinidkk, 2009, *Asuhan Patologi Kebidanan*, Yogyakarta, NuhaMedika.
- Trisnawati, Friska 2016. *Pengantar Ilmu Kebidanan*. Jakarta Prestasi Pustaka Jakarta.
- Wiknjosastro, dkk, 2010. *Ilmu Bedah Kebidanan* Jakarta. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo



PEMERINTAH PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG  
JL. DR. MOCH. HATTA NO. 19 KUPANG-NTT Telp (0380) 833614. Fax (0380) 832892  
KUPANG Kode Pos : 85111

**SURAT PENGANTAR**

Nomor : *659* / DIKLIT / VI / 2016

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Nurdaila Lanja, S.Kep.Ners.  
Jabatan : Kepala Bidang Pengembangan  
NIP/Pangkat Gol. : 19641211 198703 2 016 / Pembina (IV/a).

Nama : Yosevina Moi Roga  
Jenis Kelamin : Perempuan  
NIM : 132 111 095  
Asal Fzk./Jur./Univ. : STIKes CHMK Prodi DIII Kebidanan.

Yang akan melaksanakan Pengambilan Data dan Studi Kasus di Instalasi Rekam Medik dan Ruangan Sasando RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang, selama satu (1) bulan, terhitung mulai tanggal 29 Juni s/d 29 Juli 2016. Dengan judul :

**"Asuhan Kebidanan Pada Ny. I. T G1P0A0 Uk. 33 Minggu Dengan Ketuban Pecah Dini dan Prolaps Tali Pusat di Ruangan Sasando RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang".**

Demikian Surat Pengantar ini dibuat, atas kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Kupang, 29 Juni 2016  
RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang,  
Kepala Bidang Pengembangan

*(Signature)*  
**Nurdaila Lanja S.Kep.Ners.**  
Pembina  
NIP. 19641211 198703 2 016

*Acc.  
Mohon dilayani  
Terima kasih  
(Signature)*



PEMERINTAH PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG  
JL. DR. MOCH. HATTA NO. 19 KUPANG-NTT Telp (0380) 833614. Fax (0380) 832892  
KUPANG Kode Pos : 85111

**SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN**

Nomor : RSUD / 070 / Um. 1113 / XI / 2016

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Teresia Surat Bayo, S.Kep.Ners.  
Jabatan : Kepala Sub Bidang Diklit  
NIP/Pangkat Gol. : 19670615 199501 2003 / Penata Tk. I (III/d).

Menerangkan bahwa :

Nama : Yosevina Moi Roga  
Jenis Kelamin : Perempuan  
NIM : 132 111 095  
Asal Fak./Jur./Univ. : STikes CHMK Prodi D3 Kebidanan.

Benar-benar telah selesai melakukan Penelitian Di **Ruangan Sasando** RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang, selama satu ( 1 ) minggu, terhitung dari tanggal **22 s/d 26 April 2016**, dengan Judul :

**"Asuhan Kebidanan Pada Ny.I.T.G1PoAo UK 33 Minggu Dengan Ketuban Pecah Dini dan Prolaps Tali Pusat di Ruangan Sasando RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang".**

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Kupang, 02 November 2016  
RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang  
Kepala Sub Bidang Diklit



*Teresia Surat Bayo*  
Teresia Surat Bayo, S.Kep.Ners.  
Penata Tk. I  
NIP. 19670615 199501 2003

**Lampiran 3****LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada Yth.

Calon Responden Studi Kasus Mahasiswi Jurusan Kebidanan

STIKes Citra Husada Mandiri Kupang

Di Tempat

Dengan Hormat,

Saya mahasiswi kebidanan STIKes CHM-Kupang jalur umum angkatan VI mengadakan studi kasus pada Ny. I.T. umur 28 tahun, dengan Ketuban Pecah Dini dan Prolaps Tali Pusat.

Untuk maksud tersebut saya mohon kesediaan ibu bersama keluarga untuk menjawab setiap pertanyaan yang diajukan dan saya menjamin kerahasiaan pendapat dan identitas ibu. Partisipasi ibu dalam menjawab pertanyaan sangat saya hargai, untuk itu atas partisipasi dan kerjasamanya saya ucapkan terimah kasih.

Hormat Saya,

(Yosevina Moi Roga)



**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Judul :Asuhan Kebidanan Pada Primigravida Dengan Ketuban Pecah Dini Dan Prolaps Tali Pusat Di Ruang Sasando Rsud Prof.Dr.W.Z. Johannes Kupang Tanggal 22-26 April 2016.

Peneliti : Yosevina Moi Roga

Bahwa saya diminta berperan serta dalam studi kasus yang nantinya akan menjawab pertanyaan yang akan diajukan oleh peneliti. Sebelumnya saya sudah diberi penjelasan mengenai maksud studi kasus ini dan saya mengerti bahwa peneliti akan menjaga kerahasiaan diri saya. Bila saya merasa tidak nyaman, saya berhak mengundurkan diri sebagai responden.

Demikian secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun untuk berperan serta dalam studi kasus ini dan bersedia menandatangani lembar persetujuan ini

Kupang, 22 April 2016

Responden

( Ny.I.T)